



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학 석사학위 논문

조기정신증 대상자를 위한  
지역사회기반 사례관리 경험

2017년 2월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
신 소 연

# 국문 초록

전 세계적으로 정신병을 조기에 발견하고 치료하기 위한 관심이 높아지고 있다. 2011년 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회 기반의 조기정신증 사례관리 프로그램(Social Treatment for Early Psychosis Program:이하 STEP 프로그램)을 개발하였지만 아직까지 국내에서 조기정신증에 대한 연구는 미진한 상태이다. 이에 본 연구는 STEP 프로그램을 적용하는 사례관리자의 경험을 질적 내용분석 방법으로 분석하여, 지역사회에서 조기정신증 대상자를 위한 사례관리 활성화 방안을 모색하고 실무적 기초자료를 마련하고자 한다.

본 연구는 2016년 7월부터 2016년 10월까지 서울시 정신건강증진센터에서 1년 이상 조기정신증 사례관리를 담당하고 있는 정신보건 전문요원 10명을 대상으로 진행되었다. 면담 질문은 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 구분하여 진행하였고 인터뷰 내용은 연구 참여자의 동의하에 녹음되고 필사되었다.

주요 연구결과는 다음과 같다.

STEP 실무자 교육을 통해 조기개입의 중요성을 인식한 사례관리자는 STEP 프로그램을 실무에 적용하기 위해 전문적인 역량을 개발하고 대상자와 라포를 형성하기 위해 정상화(Normalization) 기법을 적용하고 있었다. 이와 같은 사례관리자의 노력이 소진이 아닌 열정으로 이어지면, 사례관리자는 대상자의 빠른 회복을 통해 보람

을 느꼈고 대상자와 함께 사례관리자도 성장하는 경험을 하였다.

대상자 요인에는 자녀의 질병을 인정하지 않는 부모가 장애요인이 되는 반면, 프로그램 내에서 만난 동료들이 정서적인 지지와 회복 모델을 제공하고 있었다. 또한 대상자의 욕구와 기능수준에 따른 차별적인 사례관리가 요구되었으며, 약물 중단으로 인한 잦은 재발과 높은 자살사고로 인해 정신과적인 위기가 자주 발생하고 있었다.

구조적 요인에는 상임팀장의 관심과 지원이 긍정적인 역할을 하고 있었다. 반면, 서울시 지역정신건강증진센터는 정신보건의료기관과의 협력관계에 어려움을 경험하고 있었고, 지역사회 조기정신증 사업의 지속성과 체계성의 부족이 한계점으로 지적되었다.

네트워크 요인으로 서울시 광역정신건강증진센터는 사례관리자의 역량강화를 위해 전문적인 매뉴얼과 교육을 제공하고 지역사회의 사례관리 기반을 마련하고 있었다. 정부차원으로는 사례관리자의 열악한 직무환경과 정신질환에 대한 대중의 부정적인 인식을 개선하고 조기정신증에 특화된 정신보건시스템을 구축해야 한다는 필요성이 제기되었다.

본 연구는 지역사회에서 조기정신증 사례관리자의 경험을 4가지 요인을 통해 확인하였고, 각 요인에 대한 이해를 제공하였다. 이는 지역사회에서 STEP 프로그램이 활성화되고 조기정신증 대상자를 위한 효과적인 사례관리를 제공할 수 있는 근거가 될 것이다.

**주요어:** 사례관리, 조기정신증, 지역사회

**학 번:** 2012-20432

# 목 차

국문 초록 .....	i
I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	4
3. 용어의 정의 .....	4
II. 문헌고찰 .....	5
1. 조기정신증 .....	5
1) 조기개입 .....	5
2) 미치료 기간(Duration of Untreated Psychosis : DUP).....	7
2. 사례관리 .....	9
1) 사례관리의 개념 .....	9
2) 사례관리 모델 .....	10
3) 사례관리 구성요소 .....	13
4) 정신건강증진센터에서의 사례관리 .....	14
3. 조기개입 서비스.....	18
1) 해외 조기개입 서비스 .....	19
2) 국내 조기개입 서비스 .....	20
3) STEP(Social Treatment for Early Psychosis Program) ·	22

<b>III. 연구방법</b>	<b>26</b>
1. 연구 참여자 선정	26
2. 자료 수집 방법	26
3. 윤리적 고려	28
4. 자료 분석 방법	28
<b>IV. 연구결과</b>	<b>31</b>
1. 연구 참여자의 일반적 특성	31
2. 조기정신증 사례관리 경험과 관련된 범주	32
1) 사례관리자 요인	33
2) 대상자 요인	38
3) 구조적 요인	42
4) 네트워크 요인	45
<b>V. 논의</b>	<b>52</b>
1) 사례관리자 요인	52
2) 대상자 요인	56
3) 구조적 요인	61
4) 네트워크 요인	65
<b>VI. 결론 및 제언</b>	<b>76</b>
<b>참고문헌</b>	<b>79</b>

부록 .....	95
----------	----

Abstract .....	98
----------------	----

## 표 목차

<표 1> 연구 참여자들의 일반적인 특성.....	31
<표 2> 조기정신증 사례관리 경험과 관련된 개념과 범주.....	32

## 부록 목차

<부록 1> 연구 참여 동의서.....	96
<부록 2> 연구 참여자의 일반적·직무관련 특성.....	97



# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

정신병적 장애는 재발과 악화를 자주 거듭하는 만성적인 질병으로 알려져 있고 이는 환자와 가족의 삶에 심한 고통을 주고 나아가 사회적으로도 큰 손실을 야기한다. 이와 같은 정신증(psychosis)의 만성화를 예방하고 막대한 의료비를 절감하기 위해서 정신증을 전구기(prodromal period) 상태에서 발견하여 급성기로의 진행을 예방하는 조기개입에 대한 관심이 점점 높아져왔다.

1990년대 초반부터 ‘Early psychosis’라는 용어가 대두되기 시작했는데, 이는 정신증 발병 전인 전구기 기간과 처음 발병한 정신증의 초기를 의미한다(안석균, 2008). 현재 국내에서 ‘Early psychosis’는 조기정신증, 초기정신증, 초기정신질환 등 다양한 번역으로 혼용되고 있다. 본 연구에서 조기정신증은 뚜렷한 정신병의 증상이 나타나기 전인 전구기를 포함하여 정신병적 증상의 발병 후 최대 5년 이내 기간을 의미하며 초발정신병(first treated psychosis)은 생애 처음으로 정신병이 발병한 경우를 의미한다(이명수, 2009b). 초발정신병 에피소드 후 첫 5년 이내의 기간은 높은 취약성을 가지면서 동시에 최대의 회복을 기대할 수 있는 결정적인 시기(critical period)이다(Brichwood, 2000). 반면, 초발정신병 에피소드 이후 첫 3년 내에 치료가 제대로 이루어지지 않으면 만성적인 재발이 반복되고 장기적인 치료저항이 일어난다(홍현숙, 송진희, & 김진학, 2006).

결정적인 시기의 중요성이 강조되면서 전 세계적으로 정신증을

조기에 발견하고 만성화를 예방하기 위한 조기개입 시스템의 구축에 대한 관심이 증대되었다. 최근 들어 국내에서도 정신증의 조기개입을 통한 정신건강증진사업에 높은 관심을 보이고 있다. 2006년부터 서울시 광역정신건강증진센터는 만성정실질환자와 차별화된 조기정신증 사례관리 서비스를 제공하고 지역사회 조기발견을 위한 네트워크를 구축하고 조기정신증에 대한 홍보과 인식개선 사업을 진행해왔다(이명수, 2009b). 특히 2011년 국내 최초로 지역사회기반 초발정신질환자의 사례관리를 위한 Social Treatment for Early Psychosis Program(이하 STEP)을 개발했는데, 이는 지역사회에서 정신보건전문요원들이 조기정신증에 특화된 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy) 매뉴얼을 통해 전문적이고 구조화된 프로그램을 제공하는데 목적을 두고 있다(이명수, 2014b). 서울시 광역정신건강증진센터는 매년 정기적으로 STEP 실무자 교육을 진행하면서 본 프로그램이 지역사회에서 정착되고 효율적으로 활용되기 위해서 노력하고 있다(이명수, 2015b).

정신보건사업 안내서(보건복지부, 2016)는, 정신건강증진센터(구 정신보건센터)의 비전이 정신건강문제를 조기 발견하고 조기 개입하여 전문서비스를 제공하는 것이라고 명시하고 있다. 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2016~2020)은 정신질환에 대한 조기 개입을 통해 정신건강을 도모하기 위해서 광역 및 지역정신건강증진센터의 기능을 강화하고 지역사회 조기정신질환 발견을 위한 네트워크를 구축해야 한다고 제시하고 있다(보건복지부 & 한국건강증진개발원, 2015). 또한 2016년 정신보건법에서 새롭게 개정된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 의하면, 복지부 장관 및 지자체장은 정신건강증진센터, 정신건강증진시설 및

의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하고 조기발견과 치료를 위한 정신건강증진사업을 시행해야한다고 명시하고 있다.

위에서 살펴본 바와 같이, 정신증의 조기발견을 위한 정신건강증진센터의 역할이 강조되고 있지만 서울시 지역정신보건기관의 현황은 만성정신질환자 관련 사업이 50% 이상을 차지하고 있다(이명수, 2008). 서울시 정신건강증진센터 간담회 설문조사에 의하면(이명수, 2013b), 조기정신증 사업을 계획 중인 정신건강증진센터는 54%(13개소)였고 조기정신증 사례관리 전담인력이 있는 곳은 8%(2개소)에 불과했다. 정신건강증진센터에서 SETP 프로그램이 정착되기 위해서는 다양한 요인들이 영향을 줄 것으로 예상되며 이를 위해서 사례관리자의 경험을 구체적으로 살펴보는 것이 필요하다.

국내 선행연구를 고찰한 결과, 조기정신증 환자에 대한 양적 연구(김창윤, 홍진표, 최지욱, 홍택유, & 한오수, 1997; 우영섭 등, 2007; 이명수 등, 2013; 김소라, 2014), 미치료 기간에 대한 연구(박선철, 2002; 임혜선, 최진숙, 신영민, & 조경형, 2004; 유정민, 안소라, 조유선, & 이명수, 2011; 이유진, 김수인, 연규월, 임원정, & 성유미, 2011a), 조기정신증 시스템 및 프로그램에 대한 연구(홍현숙 등, 2006; 안석균, 2008; 이명수 & 안소라, 2013; 김성완 등, 2016; 이가영, 유혜영, 전민, 윤진상, & 김성완, 2016), 조기정신증 자녀를 둔 부모의 경험에 대한 질적 연구(김모경, 2015)가 이루어져 왔다. 하지만 아직까지 만성정신질환에 대한 연구에 비해 조기정신증에 대한 연구는 미흡하고 지역사회에서 실제로 조기정신증 사례관리를 담당하고 있는 사례관리자를 대상으로 하는 질적 연구는 이루어지지 않았다.

이에 본 연구는 질적 내용분석 방법을 통해 서울시 정신건강증진센터에서 조기정신증 대상자를 사례관리하고 STEP 프로그램을 적용하고 있는 사례관리자의 경험을 탐색함으로써 업무현장을 보다 구체적으로 이해하고, 지역사회에서 조기정신증 대상자의 사례관리 활성화를 위한 방안을 모색하고자한다.

## 2. 연구목적

서울시 정신건강증진센터에서의 조기정신증 대상자를 위한 사례관리 경험을 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 구분하고 각각의 범주에서 어떤 경험을 하였는지 탐색하여 지역사회에서 조기정신증 대상자의 사례관리를 위한 실무적 기초자료를 마련하고자 한다.

## 3. 용어정의

### 1) 조기정신증

정신병적 증상이 명백하게 드러나기 전인 전구기부터 정신병적 증상의 뚜렷한 발병 후 최대 5년 이내를 의미한다(이명수, 2009b).

### 2) 사례관리

대상자의 삶의 질을 향상시키고 질병의 악화와 재발을 예방하기 위해 대상자가 필요로 하는 지역사회의 자원을 스스로 획득하고 문제를 해결하도록 돕는 전문적이고 체계적인 활동을 의미한다.

## Ⅱ. 문헌 고찰

### 1. 조기정신증

#### 1) 조기개입

조기정신증은 뚜렷한 정신병의 증상이 나타나기 전인 전구기를 포함하여 정신병적 증상의 발병 후 최대 5년 이내 기간을 의미한다(이명수, 2009b). 조기정신증의 개념이 대두되면서 정신증을 발병이전의 전구기 상태에서 발견하여 급성기로의 진행을 예방하는 조기개입에 대한 관심이 점점 높아지고 있다.

예방과 조기개입의 개념을 살펴보면, 예방은 정신질환의 발병을 막기 위해 최초 발병 이전에 개입하는 것으로 정신질환의 발생률, 유병률, 재발을 감소시키고 정신질환이 개인, 가족, 사회에 미치는 영향력을 감소시키는 것에 목적이 있다(김민석, 2007). 예방에는 전체 인구집단에 제공되는 보편적 개입, 질환위험이 있는 인구집단을 대상으로 한 선택적 개입, 그리고 질환에 대한 최소한의 징후와 증상을 보이는 사람을 대상으로 한 표적 개입이 포함된다(김민석, 2007).

반면 조기개입은 정신건강문제, 정신질환에 대한 증상이나 징후를 가진 사람들을 조기에 발견하여 질병을 예방하고 적절한 시기에 효과적인 치료를 가능하게 하는 것으로 보편적 개입과 선택적 개입은 해당되지 않고 표적개입의 개념만 포함된다(Commonwealth of Australia, 2000). 즉 특정 질병의 고위험군을 대상으로 하는 예방적 측면을 가진다(Edwards & McGorry, 2002).

또한 조기개입은 진단기준에는 미달되지만 더욱 심한 질환으로 발전할 가능성이 높은 사람들을 발견한다는 차원에서 1차 예방적 성격을 가지고 있다. 조기개입은 환자의 빠른 발견과 적절한 치료를 제공한다는 차원에서 2차 예방적 개념도 갖고 있고 만성화를 방지할 수 있다는 측면에서 3차 예방적 개념도 포함된다(이명수, 2009b). 2차 예방 시 조기발견이 조기진단으로 분류되는 경우, 오히려 회복을 지연시키고 낙인의 위험성이 높아지므로 신중하게 경과를 지켜 봐야 하고 조기진단 및 조기조정이 함께 동반되어야 한다(홍현숙 등, 2006).

조기개입의 중요성과 관련된 선행연구를 살펴보면, 초발정신병 환자의 약 80%는 치료 시작한지 6개월 이내에 양성증상이 완전히 호전되는 것으로 나타났다(Lieberman et al., 1993). 국내 초발정신병 환자의 재입원률을 조사한 연구에서는 2년 이내에 33%, 5년 이내에 73%가 재입원한 것으로 보고되었다(김창윤 등, 1997). 정신병 고위험군의 기준에 따른 연구에서는 2년 이내에 35%가 정신병으로 이행되었다(Woods et al., 2009). 또 다른 연구에서는 초발 정신분열병 환자의 전구기 기간이 길수록 뇌의 부피 이상이 크다고 보고하였는데, 이는 점진적인 뇌의 변화는 이미 전구기 단계부터 시작되었음을 시사한다(Lappin et al., 2007).

초발정신병 에피소드 이후 첫 5년 이내의 기간은 정신병의 재발과 장애에 대한 취약성이 결정되는 결정적인 시기이다(Brichwood, 2000). 특히, 정신병 발병 후 첫 3년 동안 치료가 제대로 이루어지지 않으면 반복적인 재발이 일어나고 회전문 현상이 형성되며 장기적인 치료 저항과 장애가 축적된다(홍현숙 등, 2006). 16개국 역학조사에 의하면, 정신병의 50%가 10대 중·후반에 시작되고 75%가 20대

중반까지 발병하는 것으로 나타났다(Kessler et al., 2007). 이 시기는 청소년기와 초기 성인기로 개인의 정체성과 사회성이 발달하고 진로를 계획하고 준비하는 중요한 시기이다(이창호, 강석영 & 이동훈, 2013). 따라서 이 시기에 적절한 치료를 제공하는 것은 건강한 성인으로 살아가기 위한 전반적인 삶에 심대한 영향을 미친다. 이상의 연구 결과에서 살펴 본 바와 같이, 정신증의 조기개입은 정신병적 증상 완화와 만성적인 재발을 예방하기 위해 결정적인 역할을 한다.

## 2) 미치료 기간 (Duration of Untreated Psychosis : DUP)

미치료 기간 (Duration of Untreated Psychosis : 이하 DUP)은 정신병적 증상이 처음 발현한 후부터 처음 치료를 받게 되는 기간을 의미한다(Norman & Malla, 2001). 최근 들어 전 세계적으로 DUP가 짧을수록 치료 반응 및 예후가 좋다는 연구들이 보고되고 있다. 메타 분석 연구(Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005)에 의하면, DUP가 짧을수록 항정신병 약물에 대한 반응이 좋았고 이는 치료 예후와도 관련이 크다고 하였다. 또한 DUP가 길수록 양성증상, 음성증상이 악화되고 전반적인 퇴행정도가 심해지며 사회적 기능도 감퇴되고(Penttilä, Jaaskelainen, Hirvonen, Isohanni, & Miettunen, 2014), DUP는 정신분열병 환자의 치료결과에 대한 독립적 예후인자라고 보고되었다(Drake, Haley, Akhtar, & Lewis, 2000)

국내 초발정신질환자를 대상으로 한 연구에 의하면(임혜선 등, 2004), DUP가 6개월 미만의 환자군이 DUP가 6개월 이상인 환자군보다 평균입원기간과 총 입원기간에서 좋은 예후를 보인다고 보고하였다. 또한 DUP가 길수록 인지기능 손상과 음성증상이 심해지고

(이유진 등, 2011a) 사회적 지위가 낮을수록 DUP 기간이 늘어난다고 하였다(박선철 등, 2005). 유정민 등(2007)은 서울시 14개 정신의료기관에서 4주 이상 약물 복용을 한 97명의 초발정신질환자를 대상으로 한 연구에서, 평균 84주(19개월, 1.3년)의 DUP를 보인다고 보고하고 있다. 이는 국내 DUP가 영국의 30주(2.5개월)를 비롯한 외국에 비해 상대적으로 매우 높은 수준임을 나타낸다(Norman, Townsend & Malla, 2001).

조기정신증 대상자들이 적절한 시기에 치료를 받지 못하는 이유는 전구기 증상이 명확하지 않아 감별이 어렵고 정신과 질환에 대한 편견과 인식 부족으로 인해 치료의 결정적 시기를 놓칠 수 있다(Swaran & Helen, 2005). 정신보건시스템 내에서 적절한 치료가 적절한 시기에 제공되지 않으면 치료 연기(delay)가 일어날 수 있으며 이는 자연스럽게 DUP의 증가에 기여하게 된다. 또한 정신보건시스템은 항정신성 약물치료의 중단과 연관이 있고 이는 예후를 불량하게 하고 재발율과 재입원률을 높이는 요인이다(Norman, Townsend & Malla, 2001). 국내 조현병으로 처음 진단받은 환자의 15%가 1-2회의 의료서비스 이용 후 치료를 중단하고 상당수가 1-2년 안에 의료서비스를 중단하는 것으로 나타났다(보건복지부 & 한국건강증진개발원, 2015). 이는 초발정신질환자의 만성화에 대한 적절한 기전이 부재한 현실을 반영하며 정신보건시스템을 통한 통합적인 조기정신증 사례관리서비스가 필요하다. 위에서 살펴 본 바와 같이, DUP는 초발정신질환자에게 질병의 회복과 예후를 결정하는 중요한 지표이므로 DUP를 줄이기 위한 국가적인 전략이 요구된다.



## 2. 사례관리

### 1) 사례관리의 개념

사례관리는 1970년대에 미국에서 시작되었고 국내에서는 1990년대에 정신보건영역에서 재가복지사업을 수행하기 위해 도입되었다(김상곤, 2013). Moxley(1989)는 “사례관리란 복합적인 욕구를 가진 사람들의 공식적 비공식적 지원과 활동의 네트워크를 조직·조정·유지하고 이러한 활동을 통해서 대상자의 일상 생활 기술을 증진시키기 위해 제공되는 서비스”라고 정의하였다. 한국사례관리학회(2012)는 “사례관리란 복합적이고 장기적인 욕구가 있는 클라이언트와 가족의 사회적 기능 회복을 위해 서비스 운영체계를 확립하고 이를 기반으로 체계적 사정과 지역사회와 다양한 자원을 활용하여 지속적이고 효과적인 서비스를 제공하는 통합적인 실천방법이다.”라고 하였다. 권진숙과 박지영(2009)은 “사례관리란 만성적이고 복합적인 문제를 가진 개인, 가족, 자원 제공자들의 기능을 향상시켜 필요한 서비스와 자원을 스스로 획득하고 사회적 기능을 원활히 수행하도록 돕는 통합적인 접근 방법”이라고 하였다. 또한 민소영(2006)은 “사례관리는 지역사회의 다양한 서비스와 자원을 통합하여 복합적인 욕구를 가진 대상자에게 효율적으로 연계함으로써, 보호의 지속성(continuity of care)을 실현시키는데 그 목적을 둔다.”고 하였다.

이와 같이 지역사회에서 사례관리는 정신장애인의 사회 복귀와 서비스 통합을 위한 중요한 개념으로 강조되고 있다. 하지만 실질적으로 정신장애인은 자신에게 필요한 서비스를 찾기 위한 기술이 부족하고 접근에 필요한 자원이 결핍되어 있는 경우가 많고 이로 인

해 지역사회에 다양한 서비스가 준비되어 있더라도 필요한 서비스를 받지 못하는 경우가 많다(이기연, 2001). 따라서 사례관리자는 사례관리의 가장 핵심적인 요인으로 대상자와 자원 간의 포괄적인 서비스를 제공하고 보호의 연속성을 보장하는 전문가의 역할을 감당한다(강호선, 2010).

본 연구에서 사례관리는 대상자의 삶의 질을 향상시키고 질병의 악화와 재발을 예방하기 위해서 대상자가 필요로 하는 지역사회 다양한 서비스와 자원을 스스로 획득하고 문제를 해결하도록 돕는 전문적이고 체계적인 활동으로 정의한다.

## 2) 사례관리 모델

지역사회의 사례관리는 서비스의 목적, 대상, 수행방식 등에 따라 다양한 모델이 개발되어 왔고 현재 활용되고 있는 모델은 6가지이다(민소영, 2006).

첫째, 초기 사례관리 모델은 매개자 모델(Broker model)이었다. 매개자 모델은 사례관리자가 50명 이상의 대상자를 담당하며 사례관리 사무소 내에서 대상자와 접촉하면서 서비스를 연결하고 서비스 제공자들을 상호 조정하는 역할을 담당하였다. 이는 많은 대상으로 인해 시간이 부족하였고(Rapp & Sullivan, 2002) 임상적인 서비스 제공의 한계가 있었다(Muser, Bond, Drake, & Resnick, 1998).

둘째, 임상 사례관리 모델(Clinical case management model)은 서비스 연결뿐만 아니라 매개자 모델의 한계점으로 지적된 임상적 기능을 결합시켰다(OWNman, 1980). 이 모델은 사례관리자의 임상적 기술을 보유하기 위한 심리교육(Psychoeducation)과 심리치료(Psychotherapy)를 포함시켰지만, 현실적으로 시간적 여유가 없고

금전적 보상이 취약해서 수행되기 어려운 한계가 있었다(Rapp & Sullivan, 2002).

셋째, 1970년대 후반 제기된 적극적인 지역사회 치료 모델(Assertive Community Treatment model : ACT)은 정신장애인을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다(Stein & Test, 1980). ACT 모델은 사례관리자 한 명당 담당하는 대상자의 비율이 1:10 정도로 낮고 지역사회 내에서 대부분의 서비스가 제공된다. 또한 다양한 분야의 전문성을 가진 다학제간(Interdisciplinary) 사례관리팀에 의해 24시간 서비스가 제공되고 대부분의 서비스가 직접 제공되고 종결시점이 없이 지속적인 서비스를 제공하는 것을 특징으로 하고 있다(Stein & Test, 1980; Thompson, Griffith, & Leaf, 1990). 현재 ACT 모델은 정신증상 완화와 재발방지, 주거안정을 위한 효과적인 모델로 인정받고 있다(Bond, Drake, Musser, & Latimer, 2001; Musser, et al., 1998; Solomon, 2004).

넷째, 집중적인 사례관리 모델(Intensive Case Management model : ICM)은 담당하는 대상자의 비율이 낮고(1:15-20) 지역사회 내에서 일상생활 기술을 습득할 수 있도록 돕는다는 기능은 ACT 모델과 비슷하다(Shern, Surles, & Waizer, 1989; Surles, Blanch, Shern, & Donahue, 1992). 다만 팀접근을 실행하지 않는다는 점에서 ACT 모델과 차이점이 있다(Musser, et al., 1998).

다섯째, 1970년대 후반 대상자의 지역사회 생활을 유지하고 목표성취에 초점을 둔 재활 모델(Rehabilitation model)이 개발되었다.(Anthony, Forbess, & Cohen, 1993; Anthony, Cohen, Farkas, & Cohen, 2000). 재활모델은 사례관리자가 대상자의 재활에 초점을 두고 대상자가 최상의 수준에서 기능하도록 일상생활 및 사회기술을

개발시키고 훈련한다(Anthony et al., 2000).

마지막으로, 1980년대 초반에 강점 모델(Strengths model)이 개발되었다. 강점 모델은 정신장애로 인한 대상자의 병리현상보다 개인의 장점에 중점을 두고(Saleebey, 1997), 대상자의 자기결정의 원칙 하에 대상자가 끊임없이 배우고 성장하고 변화할 수 있다고 믿는다(Rapp, 1998). 이 모델은 병원 입원을 감소, 개인의 목표 성취, 그리고 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미친다고 보고되었다(Mueser, et al., 1998; Stanard, 1999; Björkman, Hansson, & Sandlund, 2002).

국내에서 사례모델을 적용한 연구는 아직 미미한 수준이다. 민소영(2006)은 국내 48개 정신건강증진센터의 12.5%(6개소)는 연계 중심, 62.5%(30개소)는 재활 중심, 25%(12개소)는 강점 중심이라고 보고하였는데, 실제 정신건강증진센터는 사례관리자가 50명 이상의 대상자를 담당하고 있는 매개자 모델에 가깝다고 언급했다. 황성동(2008)은 국내 정신건강증진센터에 가장 적합한 실천모형으로 재활 모델을 제시했고, 이를 위해서 사례관리자 1인당 30사례 정도가 적당하다고 하였다. ACT 기반 사례관리 효과성에 대한 연구 결과(하경희 & 김영희, 2012), 입원 기간, 기능 수준, 삶의 만족도에서 유의미한 효과가 있는 것으로 나타났지만 현 정신보건 시스템에서 그 효과성을 기대하기 어렵다고 하였다. 반면, 2007년에 도입된 정신건강 토탈케어 서비스는 정신질환자의 지역사회 내 생활을 지원하고 입원률 감소와 삶의 질 향상을 구체적으로 실천하기 위해 중개모형, 임상 모형, 재활 모형, ACT 모형, ICM 모형, 강점 모형의 장점을 취하여 지역사회에서 가장 효과적으로 작동될 수 있는 새로운 모형을 설정하였다는 긍정적인 평가를 받고 있다(민은희, 2014).

### 3) 사례관리의 구성 요소

사례관리에 대한 관심이 높아지고 다양한 모델들이 개발되면서 효과적인 사례관리를 제공하기 위해 사례관리에 영향을 주는 요소들을 구분하고 세분화하는 연구들이 이루어져 왔다.

Intagliata & Baker(1983)는 사례관리에 영향을 주는 4가지 주요 요소를 대상자의 특성, 사례관리자의 특성, 직무환경, 그리고 서비스 네트워크로 구분하였다. 대상자 특성으로 연령, 일상생활 및 사회생활 기능 수준, 주거형태, 그리고 담당 사례수를 제시하였다. 사례관리자의 특성은 연령, 학력, 전공 영역, 직업 경력 그리고 직업을 통한 자신의 성장에 대한 기대감 등으로 구성되었다. 직무환경은 역할의 명확성, 및 범위, 팀 혹은 개별 사례관리 활동, 직무에 있어서 자율 및 권위 정도, 슈퍼비전의 수준 등을 살펴보았다. 마지막으로 서비스 네트워크는 지역 내 서비스의 접근가능 정도, 기관 간 상호협력 정도, 그리고 서비스 행정체계의 지지로 구성되었다.

Thornicroft(1991)는 사례관리의 실천적 구성요소에는 팀 유무, 직접 서비스 제공 정도, 사례관리 접촉 정도, 사례관리자의 예산 통제에 대한 자율권, 의료 및 사회적 서비스 담당 실무자 포함 여부, 사례관리자의 전문성, 사례관리자의 전공 분야, 대상자와 사례관리자의 비율, 서비스 과정에서 대상자의 참여 정도, 대상자와 접촉 장소, 개입 지점의 범위, 그리고 대상자의 특성이 포함된다고 하였다.

손지현(2013)은 담당사례 수, 대상자의 접근성, 대상자의 참여도, 사례관리자의 전공 분야와 경험이 정신장애인의 사회적응에 영향을 미치는 사례관리 수행요소라고 하였다. 민소영(2006)은 사례관리는 사례관리의 대상자, 제공자, 조직적 특성, 그리고 서비스 특성 등 복합적인 요소로 구성되어 있고 효과적인 사례관리를 위해서 구성 요

소 중 어떤 특성이 대상자에게 영향을 미치는지 구체적으로 이해하는 것이 필요하다고 하였다. 본 연구에서는 민소영(2006)이 제시한 사례관리 수행요소를 기준으로 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 요인을 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 재분류하였다.

#### 4) 정신건강증진센터의 사례관리

1995년 국내에서 처음 정신보건법을 제정한 이후, 기존의 병원치료와 수용보호 중심에서 벗어나 지역사회 중심의 정신보건사업을 활성화하고 탈원화를 통한 사회복귀와 통합을 추구하는 방향으로 그 패러다임이 전환되었다(박미은 & 박귀서, 1999). 지역사회 정신보건서비스는 정신장애인의 삶을 질을 향상시키고 가족의 부담을 감소시키며 의료비용 절감에도 효과가 높은 것으로 보고되었다(노인영, 2001). 최숙희(2010)는 정신장애인의 재활 성과를 높이고 삶의 질을 향상시키기 위해 지역사회 정신보건서비스 전달체계의 확립이 필요하다고 하였다. 이러한 변화 속에서 지역사회 중심의 정신보건서비스를 제공하기 위해 정신건강증진센터, 사회복귀시설, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터(전 알코올상담센터)가 설치되기 시작했다. 2015년 기준으로 현재 전국적으로 광역형 정신건강증진센터 15개소와 지역정신건강증진센터 209개소가 운영되고 있다(중앙정신보건사업지원단, 2015)

정신건강증진센터는 정신질환자를 위한 통합적인 관리체계를 구축함으로써 정신질환의 예방, 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2012). 이 중 사례관리는 개별적 서비스 계획(Individualized Service Plan : ISP)을 통한 사정평가

와 이에 따라 제공되는 주간재활 및 직접재활서비스, 의뢰 및 연계 서비스, 교육 및 훈련 서비스를 통칭한다고 하였다(이명수, 2013a). 사례관리는 정신건강증진센터의 필수 업무로 규정되어 있고 이는 기관의 평가 지표가 되어 왔다(보건복지부, 2016). 정신건강증진센터에서의 사례관리는 초기에 만성정신질환자를 중심으로 이루어지다가 최근 들어 정신건강증진과 예방에 관심을 갖게 되면서 초발정신질환자, 우울증, 소아청소년, 자살고위험군 등으로 그 대상을 확대해가고 있다(이명수, 2007)

국내의 정신보건사업은 빠른 시간 내에 제도적 기반과 양적인 성장을 이루었고 사례관리에 대한 인식과 기대감이 높아졌지만 정신보건전문요원들의 직무환경과 적절한 보상체계는 이를 뒷받침해주지 못하고 있다(최영규, 2009). 국내 정신건강증진센터의 사례관리자가 직면하고 있는 다양한 어려움을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 정신보건현장에서 전문화된 사례관리의 필요성에 대한 인식은 높아지고 있지만 사례관리에 대한 명확한 기준과 체계화된 적용이 미흡한 현실이다(권진숙, 2010). 또한 사례관리에 대한 개념의 불일치, 사례관리 목적의 추상성, 실천 목표의 부재, 지침의 모호성 등으로 인해 표준화된 실천방법론을 접하기 어렵다(민은희, 2014). 이런 현실 속에서 기관의 여건이나 사례관리자 개인의 경험에 의존하며 사례관리를 제공하는 경우가 많고, 사례관리에 긍정적인 영향을 주는 수행요소들이 업무 현장에서 제대로 활용되지 못하고 있다(민소영, 2009).

둘째, 정신건강증진센터는 인력이 부족한 상황에서 만성정신질환자, 자살, 알코올, 아동청소년, 건강증진 사업까지 모든 서비스를 제공해야 하는 업무 부담감을 갖고 있다. 정신건강증진센터 근무인력

1인당 중증정신질환자 사례부담은 67.1명으로 나타났는데, 이는 선진국의 1:20~30의 수준을 3.3배~2.2배 상회하는 결과이다(중앙정신보건사업지원단, 2014). 따라서 일상적인 사례관리서비스를 통해 정신장애의 재발과 만성화를 예방하기가 사실상 불가능한 것으로 볼 수 있다(김병수, 2013). 또한 2015년도 국가정신건강보고서(국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단, 2015)에 의하면, 인구 10만명 당 국내 정신보건간호사의 비율은 13.7명으로 나타났는데, 이는 인구 10만 명당 OECD 국가의 평균 정신보건간호사(49.7명) 인력에 비해 상당히 부족한 수준이다.

셋째, 위탁기관과 정신건강증진센터와의 역할 갈등은 적극적인 사례관리 수행을 어렵게 하는 요인으로 지적되고 있다. 국내 정신보건행정전달체계는 보건복지부 정신건강정책과를 정점으로 광역자치단체와 지역자치단체를 거쳐 정신건강증진센터가 위치하며(이용표, 2014) 정신건강증진센터는 대부분 정신의료기관이나 정신의료기관을 운영하는 법인에 의해 위탁 운영되고 있다(김종진, 2016). 위탁기관은 입원병상운영의 수익을 중요한 수입원으로 하는 조직인 반면, 정신건강증진센터의 사례관리는 정신질환자의 입원을 가능한 억제하거나 단기입원을 목적으로 하기 때문에 이로 인해 역할 갈등이 초래되고 있다(이용표, 2014). 정신보건법의 제정 이후 오히려 정신과 병상 수는 빠르게 증가하였고 이로 인해 장기 입원율이 높아졌고 정신의료기관 병상수와 정신질환상병 입원의료급여의 정부부담금도 급증하고 있는 추세이다(장홍석, 2010). 실제 국내의 정신병상은 수는 1984년 14,456에서 2010년에 89,559로 무려 620%나 증가하였다(중앙정신보건사업지원단, 2010). 이런 증가 추세는 지속되고 있으며 대다수 정신건강 선진국의 단위 인구당 정신병상 수는 국내의 절반



에 불과하다(국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단, 2015). 2006년 국내 정신의료기관의 재원기간은 160일로 5개월을 넘고 있으며, 2014년 지표는 197일로 오히려 늘어난 결과를 보이고 있다(국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단, 2015). 특히, 초발 입원 정신질환자의 14.4%가 이미 입원 첫해에 6개월 이상의 장기입원을 경험하고 있어서 초발정신질환자의 만성화를 예방하기 위한 대책마련이 시급하다(국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단, 2015).

넷째, 정신건강증진센터가 입원병상에 대한 통제력을 가지고 퇴원 계획에 관여하여 퇴원 환자를 지역사회 서비스에 의뢰할 수 있는 지도력이나 권한이 필요하지만 현실적으로 존재하지 않고 있다. 실제로 서울시 3개 정신건강증진센터의 6개월간 정신의료기관 의뢰실적을 분석한 결과(이용표, 정현주, & 두진영, 2007), 정신건강증진센터에서 정신의료기관에 의뢰한 경우는 49건이지만, 반대로 정신의료기관이 정신건강증진센터에 의뢰한 경우는 단 2건에 불과했다. 또한 지역사회 프로그램 내부적으로 입원 및 외래기능을 갖추고 있는 서구의 정신보건시스템과 달리 국내는 민간의료체계 중심이며 구조적으로 차이가 있다. 따라서 의료기관으로 등록되어 있지 않은 정신건강증진센터에서의 약물 처방은 불가능하고 이는 민간의료기관의 반발을 불러일으킬 수 있다(이명수, 2007). 정신건강증진센터의 센터장과 팀장, 보건소장 45명을 대상으로 텔파이 설문을 진행한 결과(이명수, 2007), 연구 참여자의 67.4%가 지역사회에서 약물치료가 필요하다고 응답하였는데, 지역사회에서 일시적이고 제한적인 약물치료가 필요하지만 대상자의 순응도가 개선되면 바로 정신의료기관으로 연계해야한다는 전제하에서 이루어져야 한다고 하였다.

이와 더불어, 2008년 국내 최초로 외래치료명령제가 도입되었는

데, 국가의 예산이 확보되지 않고 구체적인 실행주체와 방법이 명시되지 않은 상태에서 시작되었으며 불응 시 할 수 있는 조치조차 없어서 활성화되기 어려운 실정이다(이유진, 2011b). 따라서 외래치료 명령제의 활성화를 위한 국가의 예산 지원과 시행규칙의 재정비가 필요하며, 지역사회적 적극적 개입 전략이 동반되어야 한다(이명수, 2007).

위에서 살펴본 바와 같이, 정신건강증진센터는 입원중심과 만성정신질환자 중심에서 벗어나 정신질환자의 사회복귀를 도모하고 조기발견을 위한 예방 중심으로 변화하는 과정에서 혼란스러운 현실을 직면하고 있다. 향후 정신건강증진센터의 양적 성장과 더불어 국내 실정에 맞는 업무 영역의 우선순위와 정체성에 대한 목표의 재설정 이 필요하다(국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단, 2015).

### 3. 조기개입 서비스

#### 1) 해외 조기개입 서비스

정신병의 조기개입은 1980년대 중반 호주 멜버른에서 시작하여 영국, 독일, 미국, 캐나다, 아시아, 유럽지역 등 세계적으로 확산되어 가고 있다. 특히 호주와 영국은 국가 정책에 조기개입 서비스를 반영하여 조기에 정신병을 예방하고 치료하기 위해 노력하고 있다(이명수, 2009b). 1992년 호주의 EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center)를 시작으로 캐나다의 EPTS (Early Psychosis Treatment Service), 영국의 EIS (Early Intervention Service), 홍콩의 EASY (Early Assessment Services for Young

people with psychosis) 등과 같은 프로그램들이 국가별로 운영되고 있다(이명수, 2009b).

각국의 조기개입 서비스의 공통적인 특징을 살펴보면, 조기개입과 관련된 임상 지침과 교육을 제공하고 전문 인력을 육성하기 위해 노력하고 있다(홍현숙 등, 2006). 또한 정책이 유지될 수 있도록 관련 전문가 및 단체, 조직들을 네트워킹하고 있으며 국민을 대상으로 조기개입의 필요성에 대한 교육과 인식개선 사업을 하고 있다(홍현숙 등, 2006).

주목할 점은 해외 조기개입 시스템의 경우, 지역사회 프로그램임에도 불구하고 대부분 내부적으로 입원 및 외래기능을 갖추고 있다(이명수, 2009b). 세계적인 성공사례로 주목받고 있는 호주의 경우, 주립정신병원을 축소하면서 정신보건서비스를 일반보건의체와 효과적으로 접목하여 병원과 지역사회를 포괄하는 연속적인 정신보건서비스를 제공하고 있다(Whiteford, Buckingham, & Manderscheid, 2002). 실제 호주 빅토리아 주는 정신과 병원에서 단기입원만 가능하며 외래기능은 지역정신건강증진센터에서 수행하고 있다(이명수, 2009b). 영국의 경우도 지역정신건강증진센터가 외래 기능을 가지고 있어서 의사나 간호사에 의한 투약이 가능하며 사례관리자가 정신의료기관에 입원해 있는 환자에게 접근하여 병원 의료진과 지역사회 치료진이 함께 대상자의 퇴원 계획을 세우는 연속선상에서 치료를 제공하고 있다(정영철, 2008).

반면, 지역사회 내에서 입원 및 외래기능을 갖추지 못한 국내 정신보건 시스템은 선진국과 비교되며, 추후 국내 환경을 고려하여 조기개입을 위한 정신보건기관과 정신의료기관과의 협력체계를 구축해 나가기 위한 제도적인 기반이 필요하다(이명수, 2009b).

## 2) 국내 조기개입 서비스

2005년 출범한 서울시 광역정신건강증진센터를 중심으로 2006년부터 국내 조기정신증 시스템이 본격적으로 구축되기 시작되었다(이명수, 2008). 서울시 광역정신건강증진센터는 홍보와 및 인식개선, 조기정신질환 관련 지역사회 프로그램 개발 보급, 지역사회 조기발견을 위한 스크리닝 팀 운영, 그리고 대학 및 종합병원 정신질환자의 지역사회 연계 활성화를 위한 네트워크를 구축하며 점차 한국적 모델을 정착해 가는 과정 중에 있다(이명수, 2009b). 구체적인 서비스 내용을 살펴보면, 서울시 광역정신건강증진센터는 SEMIS 홈페이지를 통해 정신증 고위험군에 대한 정신건강 정보를 제공하고 온라인 조기검진을 실시하고 있다(이명수, 2015b). 또한, 유입된 대상자를 ESI(Eppendorf Schizophrenia Inventory), SIPS(Structured Interview for prodromal Syndrome) 도구를 통해 세 그룹으로 구분하고, 스트레스 취약군이나 정신병적 증상이 없는 정신과적 문제인 경우는 정신의료기관이나 상담센터에 연계하고, 고위험군인 경우는 직접 집중사례관리를 제공하며, 이미 발병한 경우는 지역정신건강증진센터로 연계하는 집중평가 시스템을 구축하였다(이명수, 2009b). 최근 들어 서울시 광역정신건강증진센터는 조기정신증 지킴이 교육을 개발하여 지역정신건강증진센터, 대학상담센터, 중·고등학교 교사, 청소년상담복지센터 등의 실무자에 대한 교육을 진행 중이며 이를 통해 조기정신증에 대한 실무자의 이해도를 높이고 조기개입의 활성화를 도모하고 있다(이명수, 2015a).

이와 더불어, 광주시 북구정신건강증진센터에서는 2012년부터 보건복지부와 광주광역시의 예산을 지원받아 시범사업으로 조기중재팀을 운영하면서 조기중재 서비스를 제공하고 있다(이가영 등,

2016). 광주시 북구정신건강증진센터의 조기중재서비스는 3단계의 사례관리 모형으로 이루어져 있다(이가영 등, 2016). 첫 번째 단계에서는 입원중인 초발정신질환자를 찾아가서 병원 의료진과 사례회의를 통해 퇴원을 계획하고 사례관리의 방향을 설정한다. 두 번째 단계에서는 그룹인지행동치료에 참석하여 인지왜곡을 교정하고 증상을 조절하는 단계인데, 이는 총 15회기로 구성되며 최근에는 자존감을 향상하고 스트레스를 관리하는 4회기의 후속 프로그램도 개발되었다. 세 번째 단계에서는 건강한 생활일기와 스마트 폰 사례관리 앱을 통해 집중사례관리를 제공한다. 특히 사례관리용 앱의 개발은 향후 디지털 기기가 의료 및 보건 분야에서 활용되는 방향성에 대하여 시사하는 의미가 크다고 볼 수 있다(김성완 등, 2016).

2007년부터 사회서비스 바우처 사업 중의 하나로 ‘정신건강 토탈케어 서비스’가 시행되었다. 이는 정신질환자의 조기발견과 조기개입을 통해 입원을 예방하고 지역사회에 적응할 수 있도록 상담, 위기상황 개입, 증상 관리와 일상생활을 지원하는 서비스이다(서울특별시, 2013). 구체적인 서비스 내용을 살펴보면, 월 4회 이상 프로그램을 제공하고 월 단위로 성과가 관리되고 서비스 비용은 월 20만원 내외(정부지원금 18만원, 본인부담금 2-4만원)이며 입원을 하게 되면 더 이상 서비스 비용이 지급되지 않는다. 이 서비스는 사례부담을 1:20으로 제한함으로써 바람직한 사례관리서비스를 제공할 수 있는 제도적 기반을 마련하였다(김병수, 2013). 또한 서비스 이용자들의 GAF 점수가 상승하고 입원일수와 재입원율이 감소하여 그 효과성이 입증되었고(민은희, 2009) 보건복지부 ‘10대 유망 사회 서비스’에 선정되어 전국적으로 확대되고 있다(민은희, 2014). 정신건강사업 안내서(2016)는 정신건강증진센터의 대상자가 정신건강 토탈케

어 서비스로 연계된 경우 정신건강증진센터는 회원의 등록 상태는 유지하며 직접 사례관리를 최소화하고 서비스 제공기관과 주기적인 회의를 통해 대상자의 상태를 점검하도록 상호협력적인 관계를 제시하고 있다.

2011년, 청소년사회복지시설 ‘비상’이 초발정신질환자 15세에서 29세까지의 연령을 대상으로 특화하여 설립되었다, ‘비상’은 정신질환의 만성화를 예방하고, 대상자가 지역사회 내에서 학업과 직업을 유지하도록 강점기반 사례관리를 제공하고 있다. 현재 국내에서 조기정신증 대상자에게 특화된 사회복지시설은 ‘비상’ 외에 거의 전무한 상황이다. 또한 서울대학교병원에서는 ‘서울청년클리닉’을 통해서 고위험군을 대상으로 검사와 치료를 제공하고 있으며 연세대 ‘청년클리닉 FOR YOU’ 에서도 Green program for Recognition And Prevention of Early psychosis(GRAPE)를 개발하여(이수영 등, 2010) 고위험군을 대상으로 인지행동치료를 제공하고 있다. 위에서 살펴본 바와 같이, 국내의 조기개입 서비스는 아직 초기단계이며 한국형 조기개입 시스템을 개발하고 이를 정착하기 위한 지속적인 노력이 요구된다.

### **3) STEP 프로그램**

2011년 서울시 광역정신건강증진센터는 초발정신질환자를 위한 지역기반의 STEP 프로그램을 개발하였다. 이는 퇴원하는 초발정신질환자의 지역사회 연계를 활성화하고 조기정신증에 특화된 인지행동치료 매뉴얼을 통해 지역사회에서 정신보건전문요원들이 전문적이고 구조화된 프로그램을 대상자에게 제공하도록 돕고 있다(이명수, 2014b).

STEP 프로그램이 기반을 둔 인지행동치료는 조기정신증 대상자에게 정신병적 증상을 효과적으로 다루면서 심리사회적 기능 회복에도 도움이 되는 체계적이고 효과적인 치료방법 중 하나이다. 무엇보다 인지행동치료는 정신증으로 이환되지 않는 전구기 환자에게 낙인과 약물 부작용에 대한 부담감을 감소시켜주는 치료방법이 될 수 있다(노대영 & 김찬형, 2011). 전구기 환자에게 약물 효과를 제외하고 6개월간 인지행동치료를 시행한 결과, 12개월 추적 기간 동안 인지행동 치료군에서는 6%, 관찰군에서는 26%가 조현병으로 전환되었고, 두 군의 양성 증상도 유의하게 차이가 있었다(Morrison et al., 2004). 국내에서도 이 연구를 기반으로 한 GRAPE 인지행동 치료 결과, 대상자의 양성증상, 음성증상 및 우울증상이 호전되어 그 효과성이 입증되었다(Kim et al., 2011).

서울시 광역정신건강증진센터는 2009년 처음으로 One STEP 프로그램 매뉴얼인 『Early Psychosis 회복을 위한 첫걸음』을 발간했고 Early psychosis의 조기발견과 개입을 위한 지역사회 실무자 교육을 진행하였다(이명수, 2009a). 그 후 2011년, 초발정신질환자를 위한 Two STEP 사례관리 매뉴얼인 『회복을 향해 한 걸음 더』를 발간했고 2012년부터 정기적으로 서울시 조기정신증 실무자를 대상으로 STEP 활성화 교육을 진행해 오고 있다(이명수, 2014a). 이 교육은 STEP 프로그램이 서울시 25개 센터에서 정착되고 활성화되는 것을 목표로 하고 있다(이명수, 2014a).

STEP 프로그램은 3단계로 구성되어 있다. 첫번째 단계인 One STEP 프로그램은 병원을 이용 중인 초발정신병 환자의 지역사회 연계를 활성화하기 위해 개발되었으며, 다른 기관에 노출되는 대상자의 거부감을 줄이기 위해서 입원병동에서 진행하는 것을 원칙

으로 한다(이명수, 2016). 이는 4회기의 구조화된 시청각 프로그램으로, 회기별 내용은 환자의 불안을 최소화하기, 정신건강 교육을 제공, 지역사회 서비스를 연계, 가족의 참여 촉진으로 구성된다(이명수, 2016). 두 번째 단계인 Two STEP 프로그램은 지역사회기반의 인지행동치료 사례관리 프로그램으로서 대상자의 욕구에 따라 개별 및 집단인지 프로그램, 정서 관리, 증상 및 약물 관리, 사회 활동, 가족 교육 등의 프로그램을 제공한다(이명수, 2014b). 마지막 단계인 Three STEP 프로그램은 서비스를 받은 대상자에게 정기적인 평가를 실시하고 서비스를 지속하거나 종결 혹은 타기관 서비스로 전환하는 과정이다(이명수, 2014b).

One STEP 프로그램에 참석한 30명을 대상으로 Insight and Treatment Attitude Questionnaire(ITAQ)를 이용하며 평가한 결과, 병식이 사전  $13.5 \pm 5.64$ 에서 사후  $15.2 \pm 5.79$ 로 의미 있게 상승하였으며, 대상자의 지역사회 연계율은 57%였고 지역사회 유지율은 11%로 나타났다(이명수, 2016).

Two STEP 프로그램에 참석한 32명을 대상으로 Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS), Health of the Nation Outcomes Scales(HoNOS), Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder(SUMD), Global Assessment of Functioning Scales(GAF), Quality of Life(QOL) 도구를 사전-사후로 평가 분석한 결과, QOL을 제외하고 4개 항목에서 유의미한 수준으로 향상된 결과를 보였다(이명수 등, 2013). 또한 대상자의 78%가 약물치료를 유지하였고 1명을 제외하고 입원 및 재입원을 하지 않았으며, 의미 있는 사회 활동(취업, 학업, 기타 정기적인 활동)에 참여율이 등록시점의 8명(25%)에서 종결 시점에 26명(81%)으로 크게 향상되었다.



또한 서울시 19개소 지역정신건강증진센터의 초발정신질환자에 대한 사례관리 서비스 현황 조사결과, 입원경험이 없는 경우는 등록 전 100명(45%)에서 등록 후 161명(72%)로 증가하였고, 1회 이상 입원한 대상자들은 등록 전 124명(55%)에서 등록 후 53명(28%)로 감소하였으며, 의미 있는 활동에 참여하는 대상자가 등록 전 75명(34%)에서 등록 후 142명(64%)로 증가하였다(이명수, 2016). 위에서 살펴 본 바와 같이, STEP 프로그램은 초발정신병 대상자의 재발예방과 사회 재통합을 위해 효과적인 지역사회 기반의 사례관리 프로그램이다(이명수 등, 2013).

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 참여자 선정

본 연구는 서울시 25개 자치구의 지역정신건강증진센터와 서울시 광역정신건강증진센터에서 1년 이상 조기정신증 사례관리를 담당하고 있는 정신보건전문요원(정신보건간호사, 정신보건사회복지사)을 연구 참여자로 선정하였다. 정신건강증진센터는 해마다 정신보건사업을 계획하고 있어서 1년 이상의 기간을 정하였고, 서울시 지역정신건강증진센터의 대부분이 조기정신증 전담인력이 없는 상황이어서 현실적으로 연구 참여자 선정에 한계가 있었다. 연구 참여자 모집방법은 의도적 표집과 눈덩이 표집방식에 의해 이루어졌다. 먼저 서울시 광역정신건강증진센터에서 연구의 목적을 설명한 뒤 협조를 받아 서울시 지역정신건강증진센터의 조기정신증 사례관리자를 소개받았고, 연구자가 조기정신증 사례관리자의 경험을 살펴 볼 수 있는 세미나와 교육에 참석하여 직접 조기정신증 사례관리자들을 만나고 협조를 구하였다.

#### 2. 자료 수집 방법

자료 수집은 2016년 7월부터 2016년 10월까지 진행되었으며, 서울시 광역정신건강증진센터와 서울시 지역정신건강증진센터에서 1년 이상 조기정신증 사례관리를 담당하고 있는 정신보건전문요원(정신

보건간호사, 정신보건사회복지사)을 대상으로 개인 심층면담을 진행하였다. 연구 참여자에게 사전에 전화로 동의를 구한 뒤 면담 당일 서면 동의서를 받았으며, 장소는 센터 내 상담실을 이용하는 것을 원칙으로 하고 연구 참여자가 원하는 경우 해당기관에서 벗어난 조용하고 편안한 장소에서 진행하였다.

면담은 1회, 1시간~2시간 정도 소요되었고 면담 내용과 관련하여 추가적인 질문이 있을 경우에는 전화로 확인하는 과정을 거쳤다. 면담 내용은 연구 참여자의 동의하에 녹음기로 녹음하였고 연구 참여자의 진술 그대로 필사되었으며 연구 참여자의 비언어적인 내용과 면담 분위기를 현장 노트에 메모하였다. 연구 참여자들로부터 더 이상 새로운 내용이 나오지 않고 자료 분석에서 같은 유형의 개념과 범주가 반복적으로 나타나 자료가 포화상태에 이르렀다고 판단될 때까지 면담을 진행하였다(Strauss & Corbin, 1998)). 면담 중에 연구자의 편견을 최대한 배제하고, 모호나 내용에 대해서는 명백하고 풍부한 내용이 되도록 질문을 구체화하도록 노력하였다. 본 연구는 1개의 도입 질문과 5개의 주요 질문으로 구성되었다.

#### <도입 질문>

-정신건강증진센터에서 조기정신증 사례관리를 하면서 어떤 경험을 하였나요?

#### <주요 질문>

-조기정신증 사례관리에 영향을 주는 사례관리자의 특성은 무엇인가요?

-사례관리에 영향을 주는 조기정신증 대상자의 특성은 무엇인가요?

-서울시 지역정신건강증진센터의 조기정신증 사례관리 시스템에 대해 어떻게 생각하나요?

-서울시 광역정신건강증진센터의 조기정신증 사례관리 시스템에 대해 어떻게 생각하나요?

-조기정신증 사례관리를 위한 정부의 역할에 대해 어떻게 생각하나요?

### 3. 윤리적 고려

본 연구를 진행하기 전 연구자가 속한 대학의 ‘연구윤리심의위원회’의 심의를 통과하였다(IRB No. 1606/001-033). 면담 전 연구 참여자의 권리를 보호하기 위하여 익명을 사용하고 인터뷰하면서 알게 된 대상자의 개인정보를 보호하고 면담 내용은 연구 목적 이외에 다른 목적으로 사용되지 않음을 설명하였다. 또한 인터뷰 과정에서 녹음기의 사용과 적극적인 참여를 약속하고 연구 참여 동의는 언제든지 철회할 수 있음 설명하고 연구 참여 동의서에 서명을 받았다. 연구 자료는 잠금장치가 있는 곳에 보관하였고 컴퓨터 파일은 접근 암호를 설정하였다.

### 4. 자료 분석방법

본 연구에서는 지역사회에서 조기정신증 사례관리 경험을 탐색하기 위해서 내용분석 방법(content analysis)을 사용하였다. 내용분석 방법이란 내용을 분석하는 자체가 목적으로 내용을 기술하고 이를

체계적으로 범주화하며 기록된 정보의 내용을 조사하기 위해 고안된 체계적이고 객관적인 방법이다(Krippendorff, 2004). 조기정신증 대상자의 사례관리에 영향을 주는 다양한 요인들을 계량적으로 전환하는데 적합하다고 생각되어 선택하게 되었다.

본 연구는 선행 연구들을 종합하고 사전 인터뷰 자료를 바탕으로 하여, 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 범주를 대상자 요인, 사례관리자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 분류하였다. 분류한 네 가지 요인을 근거로 질문 내용들을 구성하였고 이 질문들을 중심으로 심층면담을 진행하였다.

자료수집과 동시에 자료 분석을 진행하였으며 자료 분석은 Downe-Wamboldt(1992)의 내용분석 단계에 따라 진행하였다. 먼저 문장과 구문을 분석 단위로 정하고, 필사한 면담 내용을 반복하여 읽으면서 5개의 주요 질문과 관련된 의미 있는 문장과 구문에 줄을 그었다. 줄친 내용이 원래의 의미를 벗어나지 않도록 재 기술하고 유사한 내용을 통합하는 과정을 반복하면서 5개의 주요 질문을 중심으로 4개의 초기 범주를 작성하였다. 분석 자료를 전후 맥락과 감정을 포괄하여 읽으면서 잠재적 내용분석(latent content analysis)과 표면적 내용분석(manifest content analysis)을 모두 적용하였다. 초기 4개 범주와 이에 포함된 코딩 자료의 적합성을 검토하고 정신간호전공 교수 1인에게 의뢰하여 1차 코딩 검토 과정을 거쳤다. 1차 코딩 결과를 바탕으로 다시 심도있게 자료를 읽으면서 코딩 범주를 세분화하고 모든 범주들을 상위범주로 분류하였다. 최종적인 상위범주와 함께 모든 자료의 코딩을 마치고 2차 분석의 타당성을 확인하기 위해서 정신간호전공 교수 3인과 3명의 연구 참여자들로부터 확인하는 과정을 거쳤다.

본 연구는 질적 연구의 엄밀성을 확보하기 위해 신뢰성(credibility), 적합성(fittingness), 감사가능성(auditability), 그리고 확인가능성(confirmability)의 기준에 근거하여 실시하였다(Guba & Lincoln, 1981; Sandelowski, 1986). 자료에 대한 신뢰성을 확보하기 위해 개방형 질문으로 면담을 시작하여 연구 참여자의 경험과 견해를 최대한 표현하도록 하였다. 자료수집과 동시에 분석을 진행하고 이전의 자료 분석결과를 다음 연구 참여자에게 확인하여(member check) 연구결과의 신뢰성을 높이고자 하였다. 또한 연구 참여자들에게 연구자의 해석과 결론을 재검토하고 확인하는 과정을 거치고 정신간호 전공 교수 1인에게 연구 과정과 결과를 보고하여 정직한 연구 과정과 결과를 담고자 노력하였다. 다음으로 연구결과를 일반화하기 위한 적합성을 확립하기 위해 연구 참여자들에 대한 일반적인 특성을 제공하고 다양하고 풍부한 연구 결과를 제공하고자 하였다. 일관성을 의미하는 감사가능성을 위해서는 연구 참여자의 모집, 자료 수집, 그리고 자료 분석 방법을 명확하게 제시하고 연구 참여자의 말을 직접 인용하고 완전한 연구결과를 기술하고자 하였다. 마지막으로 확인가능성은 연구결과가 중립적으로 편견이 없음을 나타내는 것으로서, 이를 위해 본 연구는 전체 연구과정에 대한 감사기록(심층면담 녹음파일, 구조화 자료파일, 현장 노트, 설문지와 연구동의서, 참고문헌 자료들)을 남겨두었다. 그리고 연구자의 선입견을 배제하고 연구 참여자들의 경험과 견해를 최대한 반영하고자 하였다. 또한 신뢰성, 적합성, 감사가능성이 확립되었을 때 연구과정과 결과가 중립적이라는 것이 확인될 수 있으므로(Sandelowski, 1986) 본 연구에서는 중립적인 결과를 도출하기 위해 위의 세 가지 기준을 모두 확립하도록 하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 연구 참여자의 일반적인 특성

연구 참여자의 일반적인 특성은 다음 <표 1>과 같다. 10명의 연구 참여자 중 정신보건간호사가 3명, 정신보건사회복지사가 7명이었고 조기정신증 사례 경력은 최고 5년 3개월부터 최소 1년까지 다양하였다. 근무지를 살펴보면, 2명은 서울시 광역정신건강증진센터에서 근무 중이었고 나머지 8명은 6개소의 서울시 지역정신건강증진센터에서 근무하고 있었다. 이 중 2개소의 센터에서 2016년도에 조기정신증 사업 담당자가 변경되었는데, 전년도와 비교한 사업의 변화를 살펴보고자 이전 담당자와 신규 담당자를 함께 인터뷰하였다.

<표 1> 연구 참여자들의 일반적인 특성

구분	성별	나이	조기정신증 사례경력	학력	전문요원여부
연구 참여자 1	여	36	4년 4개월	석사	정신보건사회복지사
연구 참여자 2	여	24	2년 8개월	대졸	정신보건간호사
연구 참여자 3	여	33	5년 3개월	대졸	정신보건간호사
연구 참여자 4	여	34	3년 10개월	석사	정신보건사회복지사
연구 참여자 5	여	29	4년 2개월	대졸	정신보건사회복지사
연구 참여자 6	여	27	1년 8개월	대졸	정신보건사회복지사
연구 참여자 7	여	31	1년	석사	정신보건사회복지사
연구 참여자 8	남	30	1년	대졸	정신보건간호사
연구 참여자 9	여	27	2년 2개월	대졸	정신보건사회복지사
연구 참여자 10	여	24	1년 4개월	대졸	정신보건사회복지사

## 2. 조기정신증 사례관리 경험과 관련된 범주

조기정신증 대상자를 위한 사례관리 경험을 이해하기 위해 연구 참여자와의 심층면담을 통해 사례관리에 영향을 주는 범주를 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 구분하여 살펴보았다. 구조적 요인은 지역정신건강증진센터 차원을 의미하며 네트워크 요인은 광역정신건강증진센터와 정부 차원으로 나누어 살펴보았다. 도출된 하위범주와 개념은 다음과 같다.

<표 2> 조기정신증 사례관리 경험과 관련된 개념과 범주

범주	하위범주	개념
사례관리자 요인	사례관리자의 인식	결정적 시기에 대한 새로운 인식 조기정신증 사례관리에 대한 동기 부여 조기정신증의 개념에 대한 민감성
	전문적인 역량	실무 적용을 위한 자신만의 전문성 개발 높은 업무 부담으로 인한 자기개발의 한계
	라포 형성	진단중심에서 벗어난 정상화 개념을 적용 청년의 욕구에 대한 이해와 공감
	사례경험이 가져온 변화	대상자의 빠른 회복을 통한 보람과 열정 대상자와 적당한 몰입감을 유지하며 기다림 대상자와 관계를 맺으며 함께 성장
대상자 요인	부모의 인식	자녀가 정상이길 열망하고 증상을 부정 비협조적인 부모로 인한 정신과 치료 지연
	동료와의 만남	집단모임에서 동질감과 정서적 지지를 경험 동료와의 만남을 통해 회복 모델을 발견
	대상자의 다양한 욕구와 기능	학업과 취업에 대한 차별화된 욕구 기능수준에 따른 인지행동치료의 적용
	정신과적인 위기	약물 중단으로 인한 잦은 재발 높은 자살 사고에 대한 위기관리



구조적 요인 (지역 센터)		상급자의 리더십	사업 초기 상임팀장의 적극적인 관심 역량강화를 위한 슈퍼비전과 교육 지원
		사업의 지속성과 체계성	사업의 안정화를 위한 지속성 부족 지역 센터 네트워킹을 위한 전반적인 사업 의 체계성 부족
		정신보건의 료기관과의 연계 체계	대학병원으로부터의 낮은 대상자의 의뢰율 지역 센터에서 정신의료기관과의 연계체계 구축의 한계
네트 워크 요인	광역 센터	전문적인 매뉴얼과 교육	경험기반, 근거중심의 매뉴얼을 제공 실무자들을 위한 역량 강화 교육을 제공
		지역사회의 사례관리 기반	효과적인 대상자 발굴 체계를 구축 지역사회의 사례관리 환경 조성을 위한 선 도적인 협력자
	정 부	사례관리자 의 직무환경	전문 인력과 예산의 부족 부적절하고 혼란스러운 평가지침
		정신질환에 대한 대중의 인식	정신질환에 대한 부정적 인식을 초래하는 대중매체 인식개선을 위한 공공마케팅 사업지원 부족
		특화된 정신보건 시스템	청년을 위한 상담소, 사회복지시설의 부족 지역사회와 연계된 단기입원시설의 부재

### 1) 사례관리자 요인

첫 번째 범주에 해당하는 사례관리자 요인은 4개의 하위개념으로 구성되었는데 여기에는 사례관리자의 인식, 전문적인 역량, 라포 형성, 사례경험이 가져온 변화가 포함되었다.

## (1) 사례관리자의 인식

연구 참여자들은 정신보건수련과정을 수료하고 정신보건시설 근무 경력이 있었음에도 불구하고 조기정신증이라는 개념에 대해 전혀 들어보지 못하였다. 조기 개입의 중요성에 대한 연구 참여자들의 인식은 STEP 실무자 활성화 교육을 통해 형성되었고 대상자의 회복사례를 경험하면서 강화되었다(연구 참여자 1,2,7,8,9). 연구 참여자들은 조기정신증의 개념에 대한 이해가 중요하며(연구 참여자 3,4). 조기정신증 사업은 추후 정신건강증진센터의 나아갈 방향성을 제시하는 중요한 분야가 될 것이라고 강조했다(연구 참여자 5,9).

*조기정신증이라는 개념이 없으면 그냥 조현증으로 보는데 그걸 캐치할 수 있는 민감성이 중요한 거 같아요.(연구 참여자 4)*

*결정적인 시기에 우리가 어떻게 개입을 하느냐에 따라서 이 친구들의 예후가 좋아지는 거잖아요? 어떻게 보면 굉장히 중요한 시기예요.(연구 참여자 7)*

*‘애(대상자)가 과연 좋아질 수 있을까?’ 확신이 없었는데 몇 명 계속 좋아지는 경험을 하다 보니까 아! 이게 되는구나. 이론적으로 나오는 조기개입의 중요성을 딱 체감을 하니까... 정말 중요하다는 생각이 들어요.(연구 참여자 2)*

## (2) 전문적인 역량

연구 참여자들은 조기정신증에 특화된 STEP 프로그램을 진행하기 위해서 역량강화가 필요하였다. 대부분의 연구 참여자들은 어려운 인지행동치료의 개념을 대상자에게 어떻게 설명해야 할지 고민이 되었고 회기마다 미리 준비하고 공부하는 시간이 필요했다고 보

고했다(연구 참여자 4,5,6,7,8,9,10). 이러한 노력들의 예로는 연구 참여자가 자신만의 스타일로 프로그램 진행 슬라이드를 만들거나(연구 참여자 6) 생각기록지를 직접 작성하는 연습을 하였다(연구 참여자 9). 이러한 노력에도 불구하고 대부분의 연구 참여자들은 지역정신건강증진센터의 높은 업무 부담으로 인해 자기개발의 한계를 경험하고 있다고 보고했다(연구 참여자 3,4,5,6,7,8,9,10).

조기정신증은 사례관리 할 수 있는 구조화된 콘텐츠가 있어야 하고 자신을 끊임없이 모니터링하고 공부를 많이 해야 해요. 저희 (광역센터)는 사례관리도 하고 매뉴얼도 개발하고 실무자들 교육하고 연구도 해보고... 나름대로 한 사람의 전문요원으로 성장하는데 좋은 터전이라고 생각해요.(연구 참여자 1)

처음에 교육받고 의욕에 불타지만 실질적으로 하려면 내 업무가 너무 많거든요. 준비된 틀이 있어도 내가 미리 공부해야 하고 멘트를 준비해야 하고 점검도 해야 하고... 일반 사례관리보다 시간이 많이 가요. 업무 조절을 하면 좋겠지만 현실적으로 불가능한 거 같아요.(연구 참여자 7)

STEP을 진행하면서 중간에 그만두는 친구들이 너무 많고 내 말로 풀어 가면서 설명하는 게 쉽지 않아서 CBT 관련 교육을 많이 들었던 거 같아요. GRAPE요. 근데 그 책 되게 어렵잖아요? 그래서 교수님께 따로 연락을 해서 강의 자료도 받았었어요.(연구 참여자 4)

전라도 광주북구센터 조기정신증 교육에 참석했어요. 교육 받으면서 집단프로그램에 참석해서 한회기를 같이 해보니까... 저희 센터에서 활용할 수 있겠다는 생각이 들었어요.(연구 참여자 10)

### (3) 라포 형성

연구 참여자들은 대상자와 라포를 형성하기 위해 의학적인 관점에서 접근하려는 자세나(연구 참여자 3,4) 정신의료기관에서 근무할 때 가졌던 권위적인 태도를 버려야 했다(연구 참여자 8). 이러한 노력들의 예로는 대상자가 사례관리자를 ‘언니’라고 부르도록 허용하거나(연구 참여자 4,7), 카페나 맛집 등 대상자가 편안함을 느낄 수 있는 장소에서 프로그램을 진행하였다(연구 참여자 6,7,8). 연구 참여자들은 가족과 같은 마음으로 대상자를 대하려고 노력했으며(연구 참여자 1,2,7,10), 특히 청소년 시기의 고민과 그들만의 문화를 이해하는 것이 중요했다고 보고하였다(연구 참여자 3,9).

“남들은 다 이상하다고 하고 내가 미친 사람 같은데 선생님하고 이야기를 할 때는... 이 시간만큼은 내가 괜찮다고 느껴져요.” 라고 했을 때 되게 좋았거든요. 진단 중심에서 벗어나서 지금 고통스러운 걸 해결하기 위해 접근하면 좀 더 믿어주는 거 같아요.(연구 참여자 4)

사실 몇몇 친구들은 저를 ‘언니’라고 불렀거든요. 근데 저는 수정하지 않았어요. 조기(조기정신증) 친구들한테는 치료자와 환자와의 관계가 아니라 그냥 언니나 멘토... 그런 식으로 접근하는 것도 괜찮은 것 같아요.(연구 참여자 7)

저는 여기(지역센터)에서 멘토링 자원 봉사를 하다가 취업이 되었어요. (중략) 제 멘티는 20대 초반의 남학생이었는데 군대로 인해서 스트레스를 받고 있는 친구였어요. 저는 군필자로서 군대 이야기를 많이 했던 거 같아요. 제가 간호사니까 여자 주치의에게 말하지 못하는 약 부작용, 발기부전. 그런 거에 대해서도 물어보

고 그랬어요. 같이 영화도 보고, 참치회랑 족발 먹으러 다니고, 덕분에 사비가 많이 들었지만 재미있었어요.(연구 참여자 8)

#### (4) 사례경험이 가져온 변화

연구 참여자들은 조기정신증 대상자에게 교육을 제공하면 스펀지 처럼 받아들이고(연구 참여자 6) 눈에 띄는 변화를 볼 수 있어서 재미있고 보람을 느낀다고 하였다(연구 참여자 3,5,9). 반면 연구 참여자들은 조기정신증 대상자의 재발을 반복적으로 경험하면서 정신과적인 위기가 찾아와도 조급하기보다 대상자에게 적당한 몰입감을 유지하며 기다리게 되었다고 구술했다(연구 참여자 1,5,9).

또한 연구 참여자들은 대상자와 의미있는 인간관계를 맺으면서 대상자와 함께 연구 참여자도 성장하는 경험을 하였고(연구 참여자 1,2) 자살사례를 통해 연구 참여자의 민감성과 자아탄력성이 개발되었다고 보고했다(연구 참여자 1).

처음에는 지하철 타고 혼자 병원에 가는 것도 힘들어하던 친구가 지금은 프로그램에 항상 혼자 나오고 내가 아파봤으니까 앞으로 정신보건 사회복지사를 하고 싶다고 물어보더라구요. 그런 거 보면서 저도 감사하고 보람 있었어요.(연구 참여자 9)

잘 지내다 갑자기 자살시도 때문에 입원하고 치료를 받고 와서는 다시 또 하겠다고 하고... 제가 조금하게 하자하자 한다고 해서 친구들이 움직여주지는 않더라구요. 그래서 친구들이 도와달라는 말이 나올 때까지 기다려줘야 되었던 거 같아요.(연구 참여자 9)

스스로 해결되지 못한 미해결된 감정이 대상자한테 갈 수 있잖아요? 특히 가장 민감한 조기친구들에게 그런 거를 돌아보지 않

으면 진짜 독이라고 생각하거든요. 내가 성장하는 경험을 한 게... 이 일을 하면서 얻은 가장 큰 경험이에요. 내가 성장하고 나를 무기로 대상자를 성장시키고... (연구 참여자 1)

아이들에게 글을 썼었는데 ‘나는 내가 얼마나 열심히 살면서 너의 어려움을 극복했는지 알고 있다. 나는 너의 증인인 거 같다. 그리고 너 또한 나의 증인이다. 내가 너한테 했던 수많은 말들은 너 때문에 내가 지킬 수 있었다.’ 정말 인간관계를 깊이 맺은 그 경험이... 저한테는 가장 충격적인 경험이었어요.(연구 참여자 2)

## 2) 대상자 요인

두번째 범주에 해당하는 대상자 요인은 4개의 하위개념으로 구성되었는데 여기에는 부모의 인식, 동료와의 만남, 대상자의 다양한 욕구와 기능, 정신과적인 위기가 포함되었다.

### (1) 부모의 인식

연구 참여자들은 자녀의 질병을 인정하지 않으려는 부모와 협력해 나가는 과정에서 상당한 어려움을 겪고 있었다. 청소년기의 대상자들은 아직 부모의 의견이 중요하였고(연구 참여자 10) 병원치료비도 부모의 도움이 필요하였다(연구 참여자 5). 이런 상황에서 가족이 거부적이면 센터 서비스가 중단되는 사례가 많았다(연구 참여자 3,8). 대부분의 부모가 자녀의 정신과적인 증상을 부정하였고(연구 참여자 3,4,6) 정신과 약물치료에 대해 거부적이었으며(연구 참여자 5,7) 민간요법이나 종교에 의지하였고(연구 참여자 4,7) 이로 인해 대상자가 정신증으로 이행되는 경우가 많았다(연구 참여자 10).

내 아이가 정상이길 바라는 열망이 가득하셨기 때문에 대상자가 증상을 보고해도 아니라고 부정하셔서... 아이가 insight(병식)를 형성하기에 갭(gap)이 컸죠.(연구 참여자 4)

부모님들은 ‘내 자식은 안 그걸 거야.’ 라는 부정을 정말 심하게 하시거든요. 가족의 병식 수준에 따라서 더 만성화가 되는지 정해지는 거 같아요.(연구 참여자 6)

어머니가 무당을 찾아가시고 안마 같은 거 받았다고 하는데 퇴마였던 거 같아요. 그러는 동안에 너무 악화되서 제가 광역센터에 넘겼을 때에는 입원을 해야 하는 상황이었고... 입원하고도 회복이 잘 안되었던 걸로 알고 있어요.(연구 참여자 5)

## (2) 동료와의 만남

조기정신증 대상자는 정신건강증진센터의 집단 프로그램에 참석하면서 같은 아픔을 경험하고 있는 동료를 만나게 되었고 이들을 통해 정서적인 지지를 받고 회복 모델을 발견하는 것으로 나타났다. STEP 프로그램은 개인사례관리보다 집단프로그램에 적용할 때 피드백이 활발하고 효과적이라고 보고했다(연구 참여자 3). 대상자들은 자조모임을 통해서 동료들과 다양한 문화 활동을 체험하고 있었으며(연구 참여자 3,5,6), 특히 회복자와의 멘토링 프로그램은 대상자에게 긍정적인 회복 모델을 제시하며 강력한 영향력을 미치고 있었다(연구 참여자 7).

집단으로 하면 나만 그런 줄 알았는데 다른 친구들도 그런다는 걸 아니까 조금 더 마음을 좀 더 놓는다고 할까? 프로그램을 하다 보면 서로 자극이 되요. 공부하고 취업한 친구도 있고... 그런

이야기를 들으면 나도 재네들처럼 뭔가 해야겠다는 생각이 든다고 하더라고요.(연구 참여자 3)

회복이 잘된 친구들 중에 본인처럼 힘들었던 친구들에게 이야기를 해주고 싶다고 해서 3명을 멘토로 섭외했죠. 사실 저희보다 그 친구들이 다 했어요. 같이 문화체험하고 공부하고 그런 것들이 굉장히 도움이 컸던 거 같아요.(연구 참여자 7)

### (3) 대상자의 다양한 욕구와 기능

조기정신증 대상자는 만성정신질환자보다 발달과업에 대한 높은 욕구를 가지고 있어서 이에 대한 차별적인 사례개입이 필요한 것으로 파악되었다. 이러한 노력들의 예로는 대상자와 함께 고용센터에 방문하여 ‘청년취업성공패키지’를 안내하거나(연구 참여자 2) 자조모임 시간에 취업 교육을 제공하였다(연구 참여자 4,5).

또한 대상자의 인지기능이 저하되면 인지행동치료의 개념을 이해하기 힘들어하였고 이로 인해 집단프로그램 진행에 어려움이 있었다(연구 참여자 2,4,6,8). 반면에 인지기능이 좋은 대상자는 스스로 인터넷을 검색해서 정신의료기관을 방문하는 경우가 많았고(연구 참여자 3) 학력 수준이 높을수록 예후가 좋고 취업 유지율이 높다고 보고했다(연구 참여자 5).

조기정신증 대상자들은 빨리 증상을 잡고 나면 당장 발달과업이 문제가 되요. 만성과 욕구 자체가 틀려요.(연구 참여자 1)

처음에는 만성(만성정신질환자)하고 같이 프로그램을 했는데.. 한 아이가 “나도 저렇게 직업도 없이 20년을 맨날 여기 다녀야 하나요?” 우리가 볼 때는 기능이 좋으신 만성분인데.. 잘 된 모델링



의 시선이 우리랑 너무 달라서 충격을 먹었어요.(연구 참여자 7)

‘청년 참’이라는 청년 커뮤니티 지원 사업에 3년째 참여하고 있어요. 여기서 100만원 지원금을 받아서 친구들이랑 서점에 가서 본인 역량 키울 수 있는 도서를 구입하고 나눠보는 작업들을 했어요. 그리고 친구들이 어딘지 모르게 티가 나잖아요? 그런 말투, 습관, 제스처, 이런 것들을 전문가를 모셔서 하나하나 고치는 작업들도 했어요. 연극이나 뮤지컬도 보구요.(연구 참여자 5)

#### (4) 정신과적인 위기

연구 참여자들은 조기정신증 대상자의 정신과적인 위기를 자주 경험하였는데, 약물 중단으로 인한 잦은 재발과(연구 참여자 3,5,6,7) 높은 자살 사고가(연구 참여자 1,3,6,7,9,10) 주된 원인으로 파악되었다. 구체적인 자살 요인으로는 대상자의 고통을 인정하지 않는 부모와(연구 참여자 3) 병식 형성 과정에서의 혼란 등이 보고되었다(연구 참여자 6).

초발 친구들은 치료를 받다가 중단을 꼭 해요. 재발이 되더라구요. 부모도 마찬가지예요. 저희가 아무리 설명해도 거의 100%... 예상되는 시기가 6개월에서 1년 사이에... 보통 양성증상이 6개월 미만이면 좋아지니까. 부모님도 ‘빨리 약을 끊어야 한다. 이런 약을 왜 먹냐?’ 는 인식이 있어요. (연구 참여자 4)

초발정신질환자의 자살사고는 이론적으로 봤지만 실제 경험했을 때는 진짜 높다는 것을 체감하거든요. 제 대상자 중에 두 분이 자살로 사망했어요.(연구 참여자 1)

### 3) 구조적 요인

세번째 범주에 해당하는 구조적 요인은 3개의 하위개념으로 구성되었는데 여기에는 상급자의 리더십, 사업의 지속성과 체계성, 정신의료기관과의 연계체계가 포함되었다.

#### (1) 상급자의 리더십

연구 참여자들이 공통적으로 상임팀장의 지지적인 역할에 대해 만족하고 있었으며 특히 조기정신증 사업 초기에 상임팀장의 리더십과 교육 지원이 중요한 역할을 감당했다고 보고했다.(연구 참여자 3,4,5). 이에 대한 구체적인 예로 상임팀장이 조기정신증 실적에 대한 압박을 주지 않았고(연구 참여자 6,7) 정서적인 지지를 제공해주었다.(연구 참여자 2,8,9). 또한 연구 참여자들은 정기적인 사례회의를 통해서 상급자에게 사례 슈퍼비전을 받고 있었다. 사례 경험이 부족한 사업 초기에는 내부 슈퍼비전보다 외부강사를 초청하여 슈퍼비전을 받거나(연구 참여자 5,7,8) 주로 서울시 광역정신건강증진센터의 슈퍼비전에 의존하는 것으로 확인되었다(연구 참여자 9).

*상임팀장님이 조기정신증 사업에 관심이 없었더라면 지금까지 올 수 없었을 거예요. 상임팀장님이 초발에 관심이 되게 많으셔서 스터디를 시작했고 지금까지 왔지... 팀원 혼자서는 절대 할 수 없는 일이에요.(사례관리자 5)*

*팀장님이 위낙 교육을 잘 보내주시니까 광주까지 갔다 오라고 교통비도 지원해주시고... 정말 감사해요.(중략) 아직 센터 직원들도 같이 배워가고 있는 시기라 알려 줄 수 있는 사람이 별로 없고... 전 주로 광역센터 교육에 가서 물어봤어요.(연구 참여자 9)*

아직 초기 사업을 시작도 안한 센터도 있는데... 전 상임팀장님과 센터장님, 보건소장님을 모셔서 조기정신증 교육을 진행했으면 좋겠어요. 팀원들만 붙들고 이야기하면 그냥 이야기만 하고 끝나는 거예요.(연구 참여자 5)

## (2) 사업의 지속성과 체계성

서울시 25개소의 지역정신건강증진센터는 아직 조기정신증 사업을 시작하지 않은 단계부터 시행착오 과정을 거치면서 자리매김 해 나가는 단계에 이르기까지 다양한 시기를 경험하고 있고 있었다. 정신건강증진센터마다 조기정신증 사업이 체계적으로 정착된다면 지역사회에서 시너지 효과를 기대할 수 있을 것이라는 의견이 제시되었다(연구 참여자 5). 또한 조기정신증 사업이 지속될수록 축적된 경험이 도움이 되었고(연구 참여자 3,4,5) 교육을 통한 직원들의 역량이 강화되고 동료 간의 슈퍼비전도 활발하게 이루어지고 있었다(연구 참여자 4). 이와 같은 이유에서 조기정신증 사업이 안정화될 때까지 담당자가 변경되지 않고 유지되는 것이 중요하지만(연구 참여자 5,8) 담당자가 중간관리자로 승진하면서 신규 직원이 조기정신증 사업을 맡게 되어서 아쉬웠다고 구술했다(연구 참여자 5,7,9).

자조모임이 처음에는 담당자가 이거 하자 이랬는데 이제는 회원들이 저희한테 제안을 주는 식으로 바뀌었어요.(연구 참여자 5)

타 센터로 벤치 마케팅을 다녀왔는데 거기는 우여곡절을 많이 겪으셨더라고요. 자조모임도 활성화되어 있고 오래되었으니까 뭔가 자리 잡힌 느낌이 들구요. 저희는 아직 그쪽에서 했던 시행착오를 경험하고 있는 거 같아요.(연구 참여자 7)

조기정신증 사업을 시작한 연도들이 각 구마다 달라서 광역에서는 어느 수준에 맞춰야 할지 애로점이 있었을 거 같아요. 아직 시작을 안 한 센터들도 있는데... 동일한 수준이 되었으면 하는 바람이 있어요.(연구 참여자 5)

### (3) 정신의료기관과의 연계체계

서울시 지역정신건강증진센터는 초발정신질환자들이 많이 모여 있는 대학병원과의 연계체계 구축에 어려움을 겪고 있었다(연구 참여자 2,3,6,7,9). 지역정신건강증진센터와 정신의료기관과의 연계체계를 구축하기 위해서는 주치의와 신뢰관계를 형성하는 것이 중요하였다(연구 참여자 1). 이를 위해서 연구 참여자들은 대상자의 외래 치료 시 동행하였고(연구 참여자 10) 가능한 많은 대상자들을 정신의료기관에 의뢰하기 위해 노력하였다(연구 참여자 5). 이러한 노력에도 불구하고 대부분의 연구 참여자들은 정신의료기관에서 One STEP 프로그램을 진행한 경험이 없었으며(연구 참여자 5,6,7,8,9,10) 지역적인 제한점을 극복하기 위해서 광역정신건강증진센터에서 정신의료기관과의 협력체계를 구축해야 한다는 의견이 제시되었다(연구 참여자 4).

사실 대학병원에 조기정신증 환자가 제일 많잖아요. 거기서 센터 알리기를 하면 효과적인데 들어가기가 턱이 높죠. 심지어 저희 위탁병원도 못 넘고 있으니까요. 대학병원에서는 퇴원통지서도 잘 보내주지 않으세요.(연구 참여자 7)

저희 구는 입원병원이랑 거리가 사실 굉장히 멀어요. 관내에는 한군데 밖에 없고 만성정신질환자 분들만 거의 입원을 해요. 그래

서 현실적으로 One STEP을 병원에서 진행하기엔 불가능한 면이  
있어요.(연구 참여자 10)

제가 병원에 있었을 때는 솔직히 센터 연계는 간호사의 업무가  
아니고 사회사업팀이 하는 일이라고 생각했어요. 퇴원할 때 종  
이 한장 주면서 간단하게 “센터 서비스 받을래 말래?” 그리고  
끝났거든요. 제가 모르는데 어떻게 설명을 해요?. 그래서 환자에  
게 설명해주려면 알아야 할 것 같아서 센터에서 멘토링 자원봉사  
를 시작했어요. 그래서 전 병원 직원교육이 중요하다는 생각이 들  
어요.(연구 참여자 8)

#### 4) 네트워크 요인

네번째 범주에 해당하는 네트워크 요인은 서울시 광역정신건강증  
진센터와 정부차원에서 나누어 살펴볼 수 있다. 먼저 서울시 광역정  
신건강증진센터 차원은 2개의 하위개념으로 구성되었는데 여기에는  
전문적인 매뉴얼과 교육, 지역사회 사례관리 기반이 포함되었다.  
다음으로 정부 차원은 3개의 하위개념으로 구성되었는데 여기에 사  
례관리자의 직무환경, 정신질환에 대한 대중의 인식, 특화된 정신보  
건 시스템이 포함되었다.

##### <서울시 광역정신건강증진센터>

##### (1) 전문적인 매뉴얼과 교육

서울시 광역정신건강증진센터에는 실무자들의 역량강화를 위해서  
전문적인 매뉴얼과 교육을 제공하고 있었다. 매뉴얼에 관한 의견을  
살펴보면, 『정신증 초기... 아직은 혼란스러운 이들에게 건네는 편

지』의 따뜻한 글귀가 대상자의 마음을 여는데 도움이 되었다고 보고했다(연구 참여자 3,4,7). 반면 Two STEP 매뉴얼에 대해서는 어렵다는 반응이 대부분이었다. 이에 대한 구체적인 예로 전문가용 샘플이 있으면 시작 단계에서 도움이 되고(연구 참여자 7), 좀 더 세부적인 설명과 프로그램 진행 슬라이드가 추가되고(연구 참여자 6) 대상자의 집중도를 높이기 위한 시청각 자료가 필요하다는 의견이 제시되었다(연구 참여자 9,10).

교육에 대한 의견으로는 사례 슈퍼비전 교육을 통해 전문의에게 집중적인 슈퍼비전과 지지를 받고(연구 참여자 4,8 실무자들이 함께 어려움을 나눌 수 있어서 좋았다는 반응이 있었다(연구 참여자 5). 또한 직접 지역정신건강증진센터를 방문해서 제공한 조기정신증 직원 교육이 전 직원의 역량 강화에 효과적이었다고 구술했다(연구 참여자 4,9). 반면 인지행동치료의 적용을 위한 실무위주의 교육 과정이 보완되어야 한다는 의견이 제시되었다(연구 참여자 4).

*저희가(광역센터) 공부한 가치관과 사례관리 경험을 담아서 매뉴얼을 만들려고 해요. 그리고 ‘내 가족이라면 어떻게 할까?’ 고민하면 더 마음이 들어가요. 경험이 없으면 이론에만 그치는데... 사례관리 경험이 없는 실무자가 콘텐츠를 만들면 위험하다고 생각해요.(연구 참여자 2)*

*광역센터에서 다양한 방식으로 강의를 진행해주시는 게 너무 좋았어요. 슈퍼비전 교육도 되게 인상 깊었던 거 같아요. 사실 정신과 전문의가 4시간가량 같이 이야기해주는 시간을 갖기가 쉽지 않잖아요? 사례관리자로서 지지도 많이 받고...(연구 참여자 4)*

*조기정신증 지킴이 교육을 전 직원이 다 같이 참여했어요. 광역*

센터에서 지역센터로 직접 와서 교육을 해주시니까 선생님들과 같이 웃으면서 이야기하는 시간도 많았고... 많이 배웠던 거 같아요.(연구 참여자 9)

제 기준이긴 하지만, STEP은 일대일로 깊이 있게 하기 좋고 교제도 체계적으로 세련되게 잘 되어 있어요. 근데 이해하기가 어려웠고 집단으로 하기에는 더 부담이 되었어요. 반면에 광주센터 자료는 재미있는 동영상도 있으니까 집단 안에서 딱 집중이 되고 쉽게 웃으면서 할 수 있는 느낌을 받았어요.(연구 참여자 9)

## (2) 지역사회 사례관리 기반

서울시 광역정신건강증진센터는 조기정신증 대상자를 위한 지역사회 사례관리 기반을 마련하기 위해 노력하고 있었다. 이러한 노력들의 예로는 서울시 지역정신건강증진센터에 전문적인 슈퍼비전과 집중평가 서비스를 제공하고 있었고 사례관리의 효과성을 검증하여 서울시에 정책을 제안하는 역할을 담당하고 있었다(연구 참여자 1).

조기정신증 대상자의 발굴체계를 마련하기 위한 조기정신증 치킴이 교육이 효과적으로 평가되고 있었지만(연구 참여자 1) 정신의료기관에서 One STEP 프로그램을 활성화하기 위한 노력이 필요하다는 의견이 제시되었다(연구 참여자 2,4,6).

저희가(광역센터) 직접 서비스를 하는 목적은 먼저 뛰여보고 이런 거 좋다더라. 효과성 검증해서 지역센터에서 조기정신증 사례를 집중적으로 볼 수 있는 환경을 뒷받침해주는 거라고 생각해요. 광역센터는 늘 지역센터로 직접서비스를 이관하는 게 목적인데... 아직은 무리예요.(연구 참여자 1)

서울시에 정책제안서 올리고 많이 묻히기도 해요. 서울시 25개 센터에 이런 것들이 필요하니까 예산을 주십시오. 근데 그냥 달라고 하기엔 그러니까 연구해서 성과를 내야해요. 중증사례관리자 한명을 충원해서 초발사례도 할 수 있도록 예산을 올렸다가 잘렸어요. 담당 주문관이 1년에 몇 번씩 바뀌면 다시 설명하고...(연구 참여자 1)

병원에서 One STEP을 진행해 본 적이 없는데... 좀 더 활성화 되었으면 좋겠어요. 병원에 정신보건전문요원들에게 광역센터에서 One STEP 교육을 직접 진행했으면 좋겠어요.(연구 참여자 6)

## <정부>

### (1) 사례관리자의 직무 환경

서울시 지역정신건강증진센터의 사례부담률은 대부분 사례관리자 1인당 1:100여명이었고(연구 참여자 3,4,5,6,7,9,10) 전문적인 사례관리를 제공하기 위해서는 조기정신증 전담인력이 필요하다는 의견이 지배적이었다(연구 참여자 4,5,6,7,8,10). 반면 서울시 광역정신건강증진센터 조기정신증 관리팀의 사례부담률은 사례관리자 1인당 1:5-7명이었고 전문요원으로서 성장할 수 있는 업무 환경에 만족감을 표현하였다(연구 참여자1,2).

이와 더불어, 조기정신증 사례관리는 대상자의 수가 적은 반면 사례관리자의 많은 에너지를 요구하므로 양적인 평가보다 현장 여건을 반영한 질적 평가 기준이 필요하고(연구 참여자 4,5) 해마다 변경되지 않는 표준화된 평가기준이 요구된다고 구술했다(연구 참여자 3, 9).



저희(지역센터)는 조기정신증 전담인력이 없고 전 직원이 나눠서 하기 때문에 우선 순위가 떨어질 수밖에 없는 게 있어요. 정부 차원에서는 초발(초발정신질환자)에 더 집중하겠다고 하지만 사실 광역센터랑 다르게 지역에서 그렇게 모든 인력과 에너지를 쏟기에는 환경적인 제한이 너무 많은 거 같아요.(연구 참여자 4)

사례관리자(지역센터) 3명이 대상자를 100명씩 보는데 어떻게 초발을 집중적으로 보겠어요? 너무 말이 안 되고 마음이 아파요. 선생님들 능력이 안 되는 게 아니고 여건이 안 되는 거예요. 사실 저희(광역센터)는 지역센터보다 혜택 받은 환경이라고 생각해요. 여기(광역센터) 와서 조기정신증 대상자를 경험하는 건 행운이라고 생각하구요.(연구 참여자 1)

작년(2015년)에는 5년 이내 발병한 초발 대상자나 퇴원 후 3개월 이내 대상자가 센터에 등록하면 인센티브 평가에 들어갔는데 올해(2016년) 초발은 전혀 포함이 안돼요.(연구 참여자 3)

## (2) 정신질환에 대한 대중의 인식

정신질환에 대한 대중의 부정적인 인식을 개선하기 위해 정부차원의 노력이 필요한 것으로 파악되었다. 전보다 우울증 치료에 대한 거부감은 줄어들었지만 정신질환에 대해서는 여전히 부정적이라고 언급했다(연구 참여자 1,3,7).

인식 개선을 위한 국가적인 노력으로 캠페인과 광고를 제작하고(연구 참여자 4), 취약계층을 대상으로 홍보와(연구 참여자1) 선별검사와 교육을 진행해야 한다는 의견이 제시되었다(연구 참여자 9).

정신과에 대한 편견 때문에 치료가 미루어지고 부모님도 자식이 사춘기다. 교회 집사님께 상담 받고... 이러면서 늦어지는 거예요. 정부차원에서 이런 편견을 줄이기 위한 노력이 필요하지 않을까요?(연구 참여자 6)

우울증은 감기일 뿐이다. 하지만 정신증은 아직까지 쉬쉬해야 하는 그런 것인 거 같고.. 사실 저희센터도 지하인데 젊은 친구들은 정신이라서 지하에 있나? 그런 거에 민감해요.(연구 참여자 7)

국가차원에서 계속 관심을 갖고 교육이라든가 선별 작업을 해야 할 거 같아요. 그럼 조금 더 빨리 대상자를 발견 할 수 있고... 저희가 할 수 있는 인력의 한계가 있으니까요.(연구 참여자 9)

### (3) 특화된 정신보건 시스템

준비되지 못한 정신보건 시스템이 문제점으로 지적되었고 국내 청소년의 정신건강을 위한 특화되고 전문적인 유관시설이 부족한 것으로 파악되었다. 청소년 사회복귀시설이 ‘비상’ 외에는 없어서 대상자를 연계할 자원이 부족하였고(연구 참여자 4,8,9) 조기정신증 대상자를 위한 단기 입원시설이나 전문병원의 필요성이 제시되었다(연구 참여자 4,8) 또한 청년들이 정신과에 대한 부담 없이 접근할 수 있는 상담소가 확충되고(연구 참여자 1,2) 정신증 고위험군 평가를 위한 전문센터의 설립이 필요하다고 구술했다(연구 참여자 1).

호주의 ‘Head space’ 라는 기관은 청년들이 모든 문제를 가지고 상담하러 오는 기관이에요. 동성애, 마약, 주거문제, 취업, 정신건강, 우울증이든. 상관없이 다 오게 만들었고 복합 문화시설 내에 있어요. 영등포 ‘타임스퀘어’같은... 청년들을 위한 이런 공간이

필요하다고 생각해요.(연구 참여자 1)

저희(광역센터)가 조기정신증 집중평가를 하고 있잖아요. 원래는 장기적으로 지역센터에서 할 수 있겠다고 생각하며 일을 해 봤거든요. (중략) 근데 제대로 할 수 있는 환경이 주어져야 하는데 지금은 그렇지 못하거든요. 조금은 방향을 전환해서 우선 조기정신증 평가센터를 확충하는 안을 짜고 있어요.(연구 참여자 1)

정부차원에서는 호주같은 단기 입원병원이라든지 조기정신증을 위한 전문병원을 만들어야한다고 생각해요.(연구 참여자 4)

## V. 논의

본 연구는 서울시 정신건강증진센터에서의 조기정신증 사례관리자의 경험을 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 구분하고 각각의 범주에서 어떤 경험을 하였는지 탐색하여 지역사회에서 조기정신증 사례관리를 위한 실무적 기초자료를 마련하기 위해 시도되었다. 연구 참여자와의 인터뷰 결과, 먼저 사례관리자 요인으로 사례관리자의 인식, 전문적인 역량, 라포 형성, 사례경험이 가져온 변화가 하위범위로 도출되었다. 대상자 요인으로는 부모의 인식, 동료와의 만남, 대상자의 다양한 욕구와 기능, 정신과적인 위기가 하위범주로 도출되었고 구조적 요인으로는 상급자의 리더십, 사업의 지속성과 체계성, 정신의료기관과의 연계가 하위범주로 도출되었다. 마지막으로 네트워크 요인을 살펴보면, 우선 광역정신건강증진센터 차원은 전문적인 매뉴얼과 교육, 지역사회의 사례관리 기반이 하위범주로 도출되었으며 다음으로 정부 차원은 사례관리자의 직무환경, 정신질환에 대한 대중의 인식, 특화된 정신보건시스템이 하위범주로 도출되었다.

### 1) 사례관리자 요인

결정적 시기의 중요성에 대한 사례관리자의 인식 강화가 조기정신증 사례관리에 대한 동기를 부여하는 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 정신보건수련과정을 수료하고 정신보건시설 근무경력이 있었음에도 불구하고 조기정신증이라는 개념에 대해 전혀 들어보지 못하였고 STEP 실무자 활성화 교육을 통해서 처음으로 조기개입의

중요성을 인식하게 되었다. 이는 일반 시민뿐만 아니라 정신보건 현장에 근무하는 정신보건전문요원조차 조기정신증에 대한 인식이 부족하다는 현실을 반영한다고 할 수 있다. 따라서 추후 정신보건수련 과정에 조기정신증의 개념과 결정적 시기의 중요성에 대한 교육을 포함시키는 것이 필요하다.

사례관리자의 인식은 전문적인 역량을 개발하기 위한 노력으로 이어졌다. 기존의 만성정신질환자의 사례관리에 비해 조기정신증 사례관리는 보다 전문적인 지식과 상담을 요구하였고 이론을 실무에 적용하는 과정에서 사례관리자들은 전문성의 부족이라는 한계에 직면하게 되었다. 특히 인지행동치료에 기반을 둔 Two STEP 프로그램을 적용하면서 사례관리자 스스로도 인지행동치료의 개념을 이해하기 어려워서 관련 책자나 자료를 찾아보고 워크숍에 참석하면서 전문적인 지식과 기술을 개발하기 위해서 노력하고 있었다. 역량강화를 위한 사례관리자의 노력은 자기 효능감을 강화하고 업무 수행능력이 향상되는 긍정적인 결과를 가져왔다. 이는 교육과 프로그램을 통한 사례관리자의 역량강화가 사례관리자의 내재적이고 능동적인 동기를 증진시키고 사례관리자의 효능감을 증진시킨다(전미애 & 김유경, 2013)는 연구와 일치하였다.

반면에 높은 사례부담률과 다른 업무들로 인해 자기개발을 위한 노력이 우선순위에서 밀리게 되면 사례관리자의 소진을 초래하였다. 사례관리자에게 가장 어려움을 주는 요인이 사례관리 투입시간의 부족이었고 그 다음으로 사례관리에 대한 전문적인 지식과 기술의 부족으로 나타났다(김한영, 2006)는 보고는 본 연구를 지지하였다. Cherniss(1980)에 의하면, 소진이란 사회나 자신이 갖는 높은 업무 기대수준을 충족시킬 수 있는 심적·물적 자원이 부족한 상황이 오랜

시간 지속되면서 발생하는 부정적인 경험으로부터 자신을 보호하기 위해 일정기간 거리를 유지하려는 학습된 보호 기제라고 하였다. 이는 사례관리자가 소진을 경험하게 되면 처음 STEP 실무자 활성화 교육을 받으면서 가졌던 의욕이 차츰 사라지고 STEP 프로그램을 준비를 점점 미루게 되면서 적당히 하려는 태도를 보이는 과정과 유사하다고 볼 수 있다.

조기정신증 대상자를 위한 사례관리는 전문성을 요구하고 있지만 아직까지 국내의 관련 연구 자료와 교육 프로그램은 부족한 상황이다. 이런 현실 속에서도 광주북구 정신건강증진센터에서는 2012년부터 시범사업으로 조기정신증 대상자들을 위한 15회기의 집단인지치료 프로그램과 4회기의 후속 프로그램을 개발하였다(이가영 등, 2016). 본 연구 결과, 이 프로그램은 시청각 자료를 활용하여 어려운 인지치료의 개념을 보다 쉽고 재미있게 설명하고 있었으며 교육 참석자에게 프로그램 진행 슬라이드, 동영상, 활동지, 사전사후 평가척도, 프로그램 결과보고서, 안내문을 제공하여 실무자의 업무 부담을 줄이고 업무 만족도를 높이는데 기여하고 있었다. STEP 프로그램이 개별 사례관리를 위한 교과서적인 기능에 충실하다면, 광주북구 정신건강증진센터의 프로그램은 집단 프로그램에 적용하기 유용하고 Two STEP 매뉴얼과 함께 실무에 적용할 수 있는 다양한 시청각 자료들을 제공하고 있었다. 향후 광주북구 정신건강증진센터의 집단인지치료 프로그램은 STEP 프로그램과 상호보완 되는 유용한 자료로 활용될 수 있을 것이다.

다음으로 조기정신증 사례관리자는 정상화 기법(Normalization)을 통해 대상자와 라포를 형성하기 위해 노력하고 있었다. 정상화 기법은 정신병적 증상을 경험하는 사람들이 일반인과 다른 사람이 아니

며 증상이 다름이 아니라 문제의 연속선상에 있다는 철학에 기반을 두고 있다(전임홍 등, 2013). 조기정신증의 개념은 초발정신질환자와 정신과적인 진단기준에 미치지 못하는 고위험군 대상자를 모두 포함하고 있다(이명수, 2009b). 특히 질풍노도의 시기에 일탈행동을 시도하는 청년들의 방황을 정신병적 증상과 구분하는 것은 쉽지 않고 조심스럽게 다루어져야 할 부분이다. 조기정신증 대상자의 진단은 치료과정 중에 변경될 수도 있다는 것은 STEP 프로그램의 종료시점에서 16%(5명)의 대상자의 진단명이 변경된 결과(이명수, 2014b)를 통해서도 뒷받침되었다. 따라서 성급한 정신병적 진단은 대상자에게 낙인감을 갖게 하여 오히려 병을 부인하고 치료에 대한 거부감을 줄 수 있다. 이는 정상화 기법을 통해 조기정신증 대상자의 낙인감을 감소시키고 치료에 대한 긍정적인 태도를 갖게 하여 치료 순응도를 높인다(이가영 등, 2016)는 보고와 비슷한 맥락이다.

또한 사례관리자는 청년들의 고민과 문화를 이해하고 친구나 가족의 마음으로 다가가려고 노력하였다. 이는 사례관리자의 개인적인 성장 경험이 조기정신증 대상자에게 긍정적인 영향을 줄 수 있으며 사례관리자는 대상자와 치료적 경계를 유지하면서 상황에 따라 유연하게 대처하는 노련함이 필요하다(이명수, 2014b)는 입장과 일치하였다.

이와 같이 전문적인 노련함과 친밀함을 동시에 요구하는 조기정신증 사례관리는 어려운 반면, 사례관리자는 대상자의 빠른 회복을 통해 보람과 열정을 느끼고 있었다. 사례관리자가 열정을 지속하고 소진되지 않기 위해서는 스스로 자신의 역할이 어디까지인지 인식하고 장기적인 관점으로 대상자의 회복을 바라보는 시선이 요구되었다. 이는 사례관리자의 내재적 동기가 일에 대한 관심과 열정을

찾게 하고 소진을 예방하는 원동력이 된다(전미애 & 김유경, 2013)는 연구와 일맥상통하였다.

마지막으로 조기정신증 대상자를 사례관리를 하면서 대상자와 함께 사례관리자도 내면적으로 변화하고 성숙해나가는 것으로 나타났다. 사례관리자들은 그동안 만성정신질환자의 약물 및 증상 관리에 초점을 맞추어 왔고 특히 정신의료기관에서의 근무 경험이 많은 정신보건간호사들은 자신도 모르게 권위적인 태도에 익숙해져 있었다. 조기정신증 대상자의 놀라운 회복 과정을 지켜보며 사례관리자는 기존의 관점에서 벗어나 대상자의 존엄성과 잠재능력에 대해 믿음을 갖게 되었고 스스로를 돌아보고 성장해 나가는 경험하고 있었다. 강점관점 사례관리를 실천하고 대상자의 긍정적인 변화를 도우면서 사례관리자의 강점도 향상되고 내면화된다고 하였는데, 구체적으로 실무자들의 직무수행 능력, 직무 만족도, 사례관리 인식, 능력감 등에서 긍정적으로 유의미한 변화를 경험한다고 보고했다(노혜련, 박화옥, & 유서구, 2011). 이는 전문적인 사례관리 경험을 통해 사례관리자의 역량이 강화되고 내면화된다는 사실을 시사해 준다는 측면에서 STEP 프로그램과 맥락을 같이 한다.

## 2) 대상자 요인

조기정신증 사례관리를 하면서 가장 큰 어려움은 자녀의 질병을 인정하지 않는 부모의 협조를 구하는 과정으로 나타났다. 대상자가 아직 청년이기 때문에 부모의 영향력이 크고 부모의 거부적인 태도로 인해 사례관리가 중단되거나 정신과 치료가 지연되는 경우가 많았다. 이는 조기정신증 자녀를 둔 부모의 정신병에 대한 부정적인 인식과 정보의 부족이 조기진단과 치료를 저해하는 요인이 된다(김



모경, 2015)는 보고와 같은 결과였다. 정영철(2008)은 정신질환자의 가족은 최초의 진단자로서 환자를 간호하고 치료를 선택하고 경제적인 지원을 제공하므로 조기발견과 조기치료에 중요한 역할을 감당한다고 하였다. 특히, 아동·청소년을 대상으로 하는 사례관리는 가족 단위의 사례관리 실천이 중요하고 이를 위해서는 가족의 체계와 기능을 변화시킬 수 있는 가족 상담과 가족역동에 대한 지식 및 훈련이 필요하다(김상곤, 2010).

연구 참여자들은 조기정신증 대상자의 가족을 위한 교육의 필요성을 인식하고 가족모임을 시작했지만 대부분 인원모집의 어려움으로 인해 중단되었다. 정신질환자의 가족교육은 가족의 지식과 대처능력을 향상시키고 심리적 부담감과 스트레스를 감소시켜 정신질환자의 증상과 기능 호전에 영향을 준다(이경희 & 배성우, 2009). 초발정신질환자들을 위한 가족 교육은 ‘Family Link Program’과 같은 구조적인 교육 과정도 필요하지만 무엇보다 가족이 느끼는 좌절, 불안감, 죄책감 같은 정서를 다루는 것이 중요하다(정영철, 2008). 무엇보다 가족들이 정신병의 재발의 위험성과 지속적인 약물 복용에 대한 교육을 통해 가족들이 정신과 치료에 대한 불신감을 갖지 않도록 신중하게 접근하는 것이 필요하다. 이를 위해서 경험이 풍부한 가족 강사가 자신의 대처경험을 설명하고 교육하는 것이 효과적이며 교육 후 가족들 간에 정보를 교류하며 대화하는 시간을 갖는 것도 좋은 방법이 될 수 있다.

반면, 조기정신증 대상자들은 정신건강증진센터의 집단프로그램에서 같은 아픔을 나누는 동료들 만나면서 정서적인 지지를 받고 회복이 촉진되는 것으로 나타났다. 발병 초기의 대상자들은 전과 다른 자신의 변화에 혼란스러워하고 자신을 외부에 드러내길 두려워한다

(이명수, 2016). 이런 대상자들에게 집단프로그램, 자조 모임, 멘토링 프로그램에서 만난 동료들은 나만 힘든 게 아니라는 안도감을 주었고 서로에게 긍정적인 자극이 되고 있었다. 본 연구에서 STEP 프로그램은 개별 사례관리보다 집단프로그램에서 적용할 때 상호작용이 활발하게 이루어진다고 보고되었다. 이는 초발정신질환자들에게 개별 인지행동치료보다 그룹 인지행동치료가 효과적이었으며 이는 또래 관계를 통한 상호작용, 동일화, 모델링의 효과로 보인다(Saksa, Cohen, Srihari, & Woods, 2009)는 연구 결과와 일치하였다.

특히, 회복자와의 일대일 멘토링 프로그램은 회복자의 생생한 경험을 통해 대상자에게 정신과 치료와 발달과업에 대한 모델을 제시한다는 점에서 그 의의가 높았다. 이는 동료지지활동이 도움을 받는 정신장애인의 증상감소, 기능향상, 역량강화, 회복 등에 효과가 있다(Landers & Zhou, 2011; Pepper & Carter, 2011)는 연구와 비슷한 결과였다. 또한 사회복지시설이 연합하여 진행했던 ‘동행’ 프로그램을 통해서 동료지지활동에 참여한 정신장애인들의 문제를 해결하는 역량이 향상되고 자존감이 높아지고 회복이 촉진되었다(하경희, 2012)는 연구와도 같은 맥락이다.

다음으로 조기정신증 대상자는 발달과업에 대한 욕구가 높았고 이에 대한 차별화된 사례개입이 필요한 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 조기정신증 대상자의 정신병적 증상이 회복되고 나면 취업이나 학업에 많은 관심을 보인다고 하였다. 이는 초발정신질환자와 만성정신질환자의 CANSAS 영역의 욕구를 비교하였을 때, 만성정신질환자의 경우 정신병적 증상과 주간/여가활동영역의 욕구가 높은 반면, 초발정신질환자들은 부모 자녀 관계와 교육 훈련 영역의 높은 욕구를 보인다(이명수, 2014b)는 보고와 일치하였다. 또한 중증정신

질환자는 일시, 유지, 집중, 위기관리의 4단계로 구성된 관리구분에 따라 대면상담과 전화상담의 횟수를 정하지만(서울시정신보건사업지원단, 2008) 조기정신증 대상자는 관리구분에 얽매이기보다 대상자의 욕구에 따라 사례관리를 제공하고 대상자가 발달과업을 성취해가면 자연스럽게 서비스 종결 시기를 고민해야 한다(이명수, 2014b)는 보고와도 일맥상통한다. 따라서 초발정신질환자를 위한 사례관리는 만성정신질환자와 차별화된 접근을 시도해야 한다.

이와 더불어 조기정신증 대상자는 다양한 기능 수준을 보였는데, 이에 대한 개별화된 사례개입이 필요한 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 대상자의 인지기능 수준에 따라 집단프로그램을 진행하였고 서울시 광역정신건강증진센터에서 제시한 조기정신증 대상자의 연령 기준은 만 14세에서 29세이지만(이명수, 2014b) 대상자의 인지기능이 좋은 경우에는 30대 중반도 집단프로그램에 참여하였다. 초발정신질환자를 대상으로 한 연구 결과(Alvarez-Jimenez et al., 2011), 정신과 치료 시작 후 양성증상과 음성증상은 관해 되었지만 14개월 이내에 기능이 회복되지 못한 환자가 7년 내에 기능이 회복되는 경우는 단지 14%에 불과하였다. 이는 초발정신질환자의 초기 기능이 만성적인 정신병적 장애를 예방하기 위해 중요함을 시사한다. 따라서 정신병 초기에 대상자의 기능 수준을 사정하고 이에 따라 대상자의 정신사회적 기능을 회복하기 위한 다양한 심리사회적 프로그램을 제공하는 것은 의의가 크다.

마지막으로 조기정신증 대상자들은 대부분 증상이 호전되면 치료를 중단하였고 이는 정신과적인 위기로 이어지는 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 조기정신증 대상자가 대부분 6개월 내에 양성증상이 회복되고 나면 약물을 중단하였고 6개월에서 1년 사이에 재발한

다고 보고하였다. 이는 초발정신질환자의 80%는 치료 6개월 이내에 양성증상이 완전히 호전되었다(Lieberman et al., 1996)는 선행연구와 일치하였다. 퇴원한 조현병 대상자의 약 50%가 1년 이내에 약물 복용을 중단하고 30~50%는 주치의와 상의 없이 임의로 약물 용량이나 용법을 변경하였다(장진구, 2013). 정신과 약물 중단 후 평균 재발기간은 8개월이며 약물을 복용하지 않는 경우 약 70%가 1년 이내에 재발하며 2년 이내에는 거의 90%가 재발된다(보건복지부, 2016)는 보고도 본 연구와 유사한 결과이다.

이와 더불어 조기정신증 대상자는 자살위험성이 높은 것으로 나타났다. 실제 서울시 조기정신증 집중평가 시스템을 통한 대상자의 유입경로를 살펴보면, 정신건강 위기상담전화(1577-0199)를 통한 의뢰가 44%(97건)로 가장 많은 것으로 나타났다(이명수 & 안소라, 2013). 조현병 환자의 50%는 자살을 시도하고 이중 약 10%는 사망하며(민성길 등, 2006) 조현병으로 자살하는 사람들이 2/3는 발병한 지 5년 이내인 것으로 나타났다(이명수, 2014b). 초발정신질환자의 자살률은 만성정신질환자에 비해서 2.7배 높다(OWN, 1997)는 보고도 본 연구 결과를 지지하였다. 연구 참여자들은 대상자가 병식을 갖게 되면서 오는 두려움과 혼란스러움으로 인해 자살을 시도한다고 하였다. 이는 조현병에 대한 자기 인식(self awareness)이 증가하면 우울감이 높아져 병식과 자살 성향에 높은 영향을 준다(Schwartz, 2001)는 연구와 유사한 결과이다. 이와 더불어, 대상자가 증상을 호소해도 인정하지 않는 부모의 반응과 예전보다 저하된 대상자의 학업과 업무 능력도 자살시도의 원인인 것으로 파악되었다. 조기정신증 대상자들은 갑작스럽게 증상이 악화되고 자살을 시도하는 경우가 많았으므로 사전에 대상자와 가족에게 교육을 제공하고

자살위기에 연락할 수 있는 지지체계를 마련하는 것이 중요하다(서울시자살예방센터, 2011).

### 3) 구조적 요인

상급자의 조기정신증 사업에 대한 관심과 지원이 사례관리자에게 든든한 버팀목이 되는 것으로 나타났다. 이는 사례관리자에 대한 상급자의 행정적인 지지와 협조적인 태도가 사례관리에 긍정적인 영향을 미친다(함철호 & 윤원일, 2010)는 보고와 일치하였다. 정신건강증진센터의 업무 체계는 비상근직의 센터장, 상근직의 상임팀장과 팀원으로 구성되어 있으므로 상임팀장의 리더십과 자질이 전반적인 사업진행에 미치는 영향이 가장 크다고 할 수 있다(최영규, 2009). 연구 참여자들은 상임팀장의 리더십으로 인해 조기정신증 사업이 시작되고 안정적으로 정착할 수 있었다고 보고했다. 이는 상급자의 적극적인 관심과 지원이 이루어지면 상급자의 이해를 바탕으로 조직차원의 지원이 강화되고 사례관리자로서 역할이 효과적으로 정립되며 나아가 개인차원, 팀차원, 조직차원에서 역할이 정립된다(함철호 등, 2013)는 의견과 일맥상통하는 부분이다.

현재 서울시 25개소 지역정신건강증진센터에서 정신보건전문요원들이 STEP 실무자 활성화 교육에 참석하고 있지만 아직 일부 센터에서만 STEP 프로그램을 실무에 적용하고 있었다(이명수, 2014b). 여기에는 각각의 센터별로 다양한 원인이 있겠지만 상급자의 조기정신증에 대한 인식이 중요한 요인 중에 하나로 예상된다. 서울시 광역정신건강증진센터에서 지역정신건강증진센터를 직접 방문하여 각각의 센터의 실정에 맞게 조기정신증 직원 교육을 제공한다면 팀원뿐만 아니라 상임팀장과 센터장의 인식을 강화하는 효과적인 전

략이 될 수 있을 것이다.

이와 더불어 정규적인 사례회의와 슈퍼비전은 사례관리자의 심적 부담감을 덜어주고 전문적인 역량을 강화하는 것으로 나타났다. 이는 사례관리자의 전문성과 업무역량을 강화하고 업무 소진과 스트레스를 예방하기 위해서 교육적, 행정적, 지지적 슈퍼비전을 제공해야 한다(박미은, 2014)는 의견과 일치한다. 또한 사례관리자가 ‘만능 해결사’라는 인식과 업무량의 증가는 사례관리자의 심리적인 부담감과 소진을 유발하고 있으며 이를 극복하기 위해서는 교육훈련과 슈퍼비전 체계를 마련해야 한다(함철호, 임병우, 김상곤, & 최태자 (2012)는 보고와도 같은 맥락이다.

슈퍼비전의 중요성에도 불구하고 조기정신증 사업을 새롭게 시작한 센터일수록 전문적이고 임상적인 슈퍼바이저의 인력이 부족하였다. 이런 상황에서 사례관리자는 주로 서울시 광역정신건강증진센터나 외부에서 강사를 초청해서 전문적인 자문을 받거나 조기정신증 관련 외부교육에 참석하는 것으로 확인되었다. 이와 같이 내부교육, 외부교육 그리고 전문적인 자문을 통해서 점차적으로 전반적인 직원들의 역량이 강화될수록 상급자뿐만 아니라 동료들 간의 슈퍼비전이 활발하게 이루어지고 업무 만족도가 높아지고 있었다. 이는 슈퍼비전이 기관과 직원간의 상호작용에 중요한 역할을 하며 사례관리 서비스의 질적 향상에도 직접적인 영향을 미친다(윤정혜, 2002)는 의견과 비슷한 결과라고 할 수 있다.

다음으로 지역기반 조기정신증 사업의 지속성과 체계성의 부족이 문제점으로 지적되었다. 서울시 지역정신건강증진센터는 아직 조기정신증 사업을 시작하지 않은 센터부터 시행착오를 거치면서 자리매김 해나가는 단계에 이르기까지 다양한 단계를 경험하고 있었다.

임병우와 오현주(2013)에 의하면, 사례관리 역할 정립의 과정은 역할 혼란기, 역할형성기, 역할 정립기 그리고 역할 발휘기의 4단계로 구성된다고 하였다. 첫째, 역할 혼란기는 상급자와 사례관리자가 모두 역할에 대한 인식이 없는 단계이며 아직 STEP 프로그램을 시작하지 않는 많은 센터가 여기에 해당된다. 둘째, 역할 형성기에 해당되는 센터는 STEP 실무자 활성화 교육을 통해서 사례관리자의 인식이 강화되고 상급자의 관심이 증가되는 단계이다. 이 시기의 정신건강증진센터는 아직 상급자의 슈퍼비전 역할이 제한적이기 때문에 주로 서울시 광역정신건강증진센터의 슈퍼비전이나 외부 교육과 자문에 의지하게 된다. 셋째, 역할 정립기에 해당되는 센터는 사례관리자의 역할에 대한 상급자의 이해를 바탕으로 팀 차원의 지원이 강화되는 단계이다. 이 단계의 정신건강증진센터는 다양한 시행착오를 경험하면서 생긴 노하우를 바탕으로 사례관리자의 역량이 강화되고 조기정신증 사례관리와 사업이 안정적으로 정착하게 된다. 마지막으로 역할 발휘기는 상급자의 의욕적인 슈퍼비전과 원활한 네트워킹이 이루어지는 단계이다. 현재 서울시 정신건강증진센터는 중증정신질환자와 차별화된 조기정신증 사례관리를 제공한지 오래되지 않았고 지역마다 특성 및 수준도 다르다(이명수, 2014a). 서울시의 25개소 지역정신건강증진센터에서 동일하게 STEP 프로그램이 보편화되고 활성화된다면 역할 발휘기에 도달할 것이며 지역정신건강증진센터 간의 네트워킹 통한 시너지 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

이와 같이 조기정신증 사업은 지속성이 요구되지만 연구 참여자들의 경력이 쌓이면 중간관리자의 역할을 맡고 사례관리보다 행정적인 업무에 치중하게 되는 것으로 파악되었다. 이는 사례관리자의

경력구조가 행정중심이어서 사례관리자의 지식과 기술의 지속적인 발전을 저해한다(우국희, 김영숙, & 임효연, 2007)는 의견과 일치하였다.

마지막으로 지역정신건강증진센터와 정신보건의료기관과 연계체계 구축의 어려움은 대상자에게 치료의 연속성을 저해하는 요인이 되고 있었다. 서울시 정신건강증진센터 사업보고서(이명수, 2008)에 의하면, 정신보건의료기관으로부터 지역사회로 연계된 건수는 1,102건인데, 이 중 조기정신증 대상자의 의뢰율은 6%(62명)에 불과했다. 특히, 초발정신질환자들이 많이 모여 있는 대학병원에서 대상자 의뢰가 활발하게 이루어지지 않고 있었으며 퇴원통지서도 보내주지 않는 경우가 대부분이었다. 또한, 정신건강증진센터의 자치구 내 입원병동이 거리가 멀거나 대부분 만성정신질환자들이 입원하고 있어서 현실적으로 입원병동에서 One STEP 프로그램을 진행하기 어려운 것으로 나타났다. 지역사회 서비스는 지역적 경계를 기준으로 서비스를 제공하지만 서울 소재 의료기관은 경계의 제한이 없기 때문에 자치구 수준에서 특정 의료기관과 연계체계를 구축하는 것은 매우 어려운 실정이다(이명수, 2016)는 보고는 본 연구 결과를 지지하였다. 이러한 상황 속에서도 연구 참여자들은 자치구 내 정신의료기관에 조기정신증 관련 홍보물을 배포하고 주치의와 긴밀한 협력관계를 구축하기 위해 노력하고 있었다. 하지만 지역정신건강증진센터 차원의 노력은 인력 부족과 지역적 한계점이라는 제한점이 있으므로 대학병원과의 협력체계를 강화하기 위한 광역정신건강증진센터와 정부 차원에서 체계적인 전략이 필요하다.



#### 4) 네트워크 요인

지역기반 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 네트워크 요인은 광역정신건강증진센터와 정부차원으로 나누어서 살펴보았다. 먼저, 서울시 광역정신건강증진센터는 경험기반과 근거중심의 조기정신증 교육 과정과 매뉴얼을 개발하여 지역사회 실무자들의 전문적인 역량을 강화하고 있었다. 서울시 광역정신건강증진센터에서 진행해 온 실무자 교육 과정을 살펴보면(이명수, 2014a), 2009년도에 처음으로 전국에 있는 지역사회 실무자들을 대상으로 Early psychosis 조기발견 및 개입을 위한 교육을 진행했다. 2012년, 서울시 조기정신증 담당자에게 체계적인 STEP 실무자 활성화 교육을 시작하였고 조기정신증 사업을 활발히 운영하고 참여 의사가 있는 5개소의 지역정신건강증진센터를 중심으로 간담회를 진행했다. 2014년부터 초발정신질환자에 대한 슈퍼비전을 제공하고 있으며 2015년부터 조기정신증 지킴이 교육을 진행해 오고 있다(이명수, 2015a).

또한 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회 실무자들의 욕구를 반영한 새로운 교육 과정을 개발하기 위해 노력하고 있었다. 인터뷰 결과, 현재 서울시 광역정신건강증진센터는 실습 위주의 인지행동치료 매뉴얼과 교육 과정을 개발 중이었는데, 향후 지역사회 실무자들의 자기효능감을 강화할 수 있는 프로그램으로 자리매김하길 기대한다. 이와 더불어 지역사회 실무자들이 조기정신증 가족 교육의 어려움을 호소하고 있어서 조기정신증 가족교육과 관련된 매뉴얼과 교육과정의 개발이 요구된다.

다음으로 서울시 광역정신건강증진센터에서 주도한 매뉴얼의 편찬 과정을 살펴보면(이명수, 2014a), 2009년 처음으로 지역사회 정신보건전문가를 위한 안내서인 『Early Psychosis 발견부터 개입까지』

와 One STEP 프로젝트 결과를 바탕으로 『Early Psychosis 회복을 위한 첫걸음』을 발간했다. 그 후 2011년에 초발정신질환자를 위한 Two STEP 사례관리 매뉴얼인 『회복을 향해 한 걸음 더』를 제작했고 2014년에 대상자와 가족을 위한 정신증 초기 안내서인 『정신증... 초기 아직은 혼란스러운 이들에게 건내는 편지』를 발간했다(이명수, 2014a). 최근 들어 2015년도에 정신증의 조기 발견과 의뢰를 위한 조기정신증 지킴이 교육 매뉴얼인 『알아차림 빠를수록 더 좋은』을 개발했다(이명수, 2015a).

그동안 국내 사례관리는 사례관리의 영역이 점점 다양화되고 사례관리에 대한 기대감은 높아졌지만 아직까지 사례관리를 위한 전문적인 교육과정은 부족하였다(우국희 등, 2007). 서울시 광역정신건강증진센터의 전문적인 매뉴얼의 개발과 체계적이고 다양한 교육 프로그램의 제공은 역량강화에 대한 연구 참여자들의 갈급함을 해소하고 이론과 실체가 조화된 매뉴얼과 교육과정을 제공하고 있다는 점에서 그 의의가 크다.

이외에도 서울시 광역정신건강증진센터는 조기정신증 대상자를 발굴하고 정신의료기관과의 연계체계를 강화하기 위한 노력을 기울이고 있었다. 먼저 조기정신증 지킴이 교육은 조기발견과 의뢰를 통한 효과적인 조기정신증 대상자 발굴 체계로 자리를 잡아가고 있었다(이명수, 2015a). 2000년 미국 포틀랜드에서 Portland Identification and Early Referral(PIER) 프로그램을 개발하고 6년 동안 교육, 의료, 정신건강분야에 종사하는 7270명의 전문가들에게 전구기 증상과 고위험군의 의뢰에 대해 교육을 진행하였는데, 6개월 후에 의뢰된 대상자 780명 중에 37%가 정신증 고위험군이었고 20%는 초발정신질환자로 판명되었다(McFarlane et al., 2010). 이는 지역사회기반의

조기발견 교육 프로그램의 효과를 보여주며 향후 조기정신증 지킴이 교육의 효과에 대한 기대가 크다.

대상자 발굴을 위한 또 다른 노력으로, 서울시 광역정신건강증진센터는 2009년부터 2010년까지 STEP 프로그램을 위한 의료기관 협력시스템을 시범 운영하였고 서울시 소재 11개의 병/의원이 참여하여 정신증 고위험군의 치료 연계와 One STEP 프로그램 공동운영의 역할을 담당하였다(이명수, 2016). 하지만 이러한 노력은 지속적인 체계로 자리 잡지 못하였으며 추후 서울시 광역정신건강증진센터는 대학병원을 중심으로 연계체계를 강화하고 One STEP 프로그램을 활성화하기 위한 전략을 모색해 나가야 한다.

허은희(2013)에 의하면, 정신의료기관에 근무하는 대부분의 간호사들이 지역사회 정신보건서비스와 연계 절차에 대해 잘 모르고 연계를 공식적인 업무가 아니라고 인식하고 있었다 간호사는 다른 의료진보다 환자와 많은 시간을 함께 보내며 간호제공자, 퇴원계획자, 교육자, 옹호자, 조정자, 변화 촉진자로서 환자에게 퇴원 교육을 제공하고 자원을 사정하고 연계하는 역할을 감당하고 있다(김환영, 2003). 따라서 정신의료기관에 근무하는 간호사들을 대상으로 지역사회의 정신보건서비스에 대한 교육을 진행하는 것은 조기정신증 대상자 발굴을 위한 효과적인 전략이 될 수 있을 것이다.

이와 더불어 서울시 광역정신건강증진센터는 2016년도에 새롭게 개원한 국립정신건강센터(구 국립정신병원)의 기능개편에 맞추어 국립정신건강센터와의 협업체계를 강화해 나가야 한다. 2015년 정신보건사업지원단은 정신의료기관과 지역사회 정신보건기관의 협력을 증진하고 의사소통 채널을 구축하기 위해 ‘광역정신건강증진센터장-국립정신병원장 간담회’를 처음으로 진행했다(중앙정신보건사업지원

단, 2015). 이는 협업의 관점으로 의료와 지역사회 정신보건 서비스를 제공하고 국가 정신보건사업의 발전 방향성을 함께 논할 수 있는 장으로 자리 매김 될 필요성이 있다(중앙정신보건사업지원단, 2015).

마지막으로 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회에서 조기정신증 사례에 집중할 수 있는 사례관리 기반을 마련하기 위해서 노력하고 있었다. 먼저 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회에서 정신증 고위험군의 발견-평가-개입을 위한 집중평가 시스템을 구축하였다(이명수, 2009b). 대상자의 유입경로를 살펴보면, 정신건강 위기상담전화(1577-0199)를 통한 의뢰가 44%(97건)으로 가장 많았고 홈페이지나 자체문의를 통한 접촉이 35%(77건), 대학 및 청소년 상담기관이나 군사기관의 의뢰가 19% (42건)로 나타났다. 이 중 전구기의 대상자를 포함하여 정신과적인 치료가 필요한 경우는 58%(81명)이었으며 서울시 지역정신건강증진센터와 정신의료기관으로 연계된 경우는 71%(57명)로 나타났다(이명수 & 안소라, 2013). 이는 서울시 조기정신증 집중평가 서비스가 지역사회 기반의 사례관리 시스템으로서의 적절하게 역할을 수행하고 있음을 반영한다. 아직 의뢰기관이 일부 지역정신건강증진센터에 한정되어 있지만 지역정신건강증진센터로부터 조기정신증 의심사례 의뢰율은 꾸준히 증가하고 있다(이명수, 2014a).

서울시 광역정신건강증진센터는 현재 진행 중인 집중평가 서비스와 조기정신증 지킴이 교육을 일정기간 프로젝트 사업 형태로 지속하다가 향후 지역사회에서 STEP 프로그램이 활성화되면 지역정신건강증진센터로 사업을 이관할 계획이다(이명수, 2015b). 이를 위해 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회의 정신보건환경을 개선하

고 사례관리 기반을 마련하기 위해 노력하고 있다. 이는 『우리는 선도적 협력자로서 지역사회를 위한 최고의 정신보건환경을 만든다.』는 서울시 광역정신건강증진센터의 미션(이명수, 2015b)과도 같은 맥락이다.

정부 차원의 네트워크 요인으로는 사례관리자의 열악한 직무환경을 개선하기 위한 인력과 예산의 지원이 필요한 것으로 나타났다. 이는 정신건강증진센터의 사업을 감당하기 위한 인적, 물적인 자원의 지원은 구체화되지 못하고 있으며 정신건강증진센터의 사업은 지방자치단체나 센터 운영 주체의 관심도에 따라서 달라지는 경향을 보이고 있다(이명수, 2007)는 보고와 비슷한 맥락이다. 서울시 정신건강증진센터의 예산은 서울시(50%)와 지방자치단체(50%)의 매칭 사업으로 구성되며 사업비와 인건비가 분리되어 있지 않다(정신보건사업안내, 2016). 이는 정신건강증진센터가 사업비를 확보하기 위해 인력 충원 시 경력자보다 신규 직원을 선호하여 사례관리의 전문성을 저해하는 원인 중의 하나로 지적되고 있다.

다음으로 정신건강증진센터의 운영체계가 문제점으로 제기되었다. 대부분의 정신건강증진센터는 시·도지사가 정신건강증진센터의 운영을 정신보건시설, 정신보건사업을 목적으로 하는 비영리법인 또는 학교법인에 위탁하여 운영한다(정신보건사업안내, 2016). 이와 같이 정신건강증진센터가 탈원화의 사업목적과 상반된 정신의료기관에 위탁되어 있으므로 사업 수행에 따른 재정적인 인센티브와 공공성을 기대하기 어렵다. 이에 대한 방안으로 현행 위탁 정책을 폐지하고 지방자치단체가 정신건강증진센터를 직접 운영하거나 사회복지법인에 위탁하도록 변경해야 한다(이용표, 정현주, & 두진영, 2007)는 의견이 제시되었다. 또한 위탁 계약 기간은 3년을 기본으로 하는

데 이로 인해 위탁 기간이 만료되고 재 위탁 과정에서 발생하는 불안정한 고용상태가 문제점으로 지적되고 있다(최영규, 2009). 김종진(2016)에 의하면, 서울시 정신건강증진센터 종사자의 평균 근속 연수(3.9년)와 고용 안정성 만족도(17.5점)는 서울시 공공부문 종사자의 평균 근속 기간(5.8년)과 고용 안정성 만족도(33.2점)에 비해 상당히 낮은 것으로 나타났다. 또한 서울시 정신건강증진센터 종사자의 82.2%가 재 위탁 과정에서 고용 불안이 발생하고 있으며 65.9%가 새로운 운영체계가 필요하다는 의견을 제시하였다(김종문, 2016). 따라서 정부는 고용안정을 도모하기 위해 정부 주도의 통합적인 운영체계를 새롭게 마련해야 한다.

이와 더불어 연구 참여자들의 사례부담률은 1:100 정도로 확인되었고 이로 인한 업무 부담감을 호소하고 있었다. Rapp(1998)은 사례관리의 성과를 예측하는 제1요인이 사례부담이라고 하였다. 국내외 문헌과 서울시 환경을 고려했을 때 사례관리 적정인원은 사례관리자 1명당 최대 30~50명 내외가 바람직하며(이명수, 2012a), 정부가 담당 사례량의 기준을 설정하여 지역사회 정신보건 조직의 사례관리 인력을 배치할 수 있도록 지원해야 한다(민소영, 2009)는 보고는 본 연구와 같은 맥락이다. 본 연구 결과, 서울시 지역정신건강증진센터의 조기정신증 대상자들은 20대가 대부분이었고 조기정신증 사례관리는 아동청소년 팀이 아닌 성인 중증사례관리팀에서 맡고 있었다. 서울시 25개소 지역정신건강증진센터는 100% 아동청소년 전담인력이 있으며 평균 전담인력 수는 2.1로 나타났는데, 이 중 조기정신증 관련된 조기발견 사업을 하고 있는 곳은 1개소뿐이었다(이명수, 2012b). 따라서 아동청소년 사업팀과 사례부담률이 높은 성인 중증정신질환 관리팀과 구분된 조기정신증 대상자만을 위한 전담인력

의 확보가 필요하다.

다음으로 조기정신증 대상자를 위한 합리적이고 표준화된 평가지침의 마련이 필요한 것으로 나타났다. 연구 참여자들은 조기정신증 대상자가 소수이지만 전문성과 많은 에너지를 필요로 하기 때문에 대상자의 의뢰율, DUP, 유입경로, 그리고 회복과 관련된 지표 등을 포함한 질적 평가 기준이 요구된다고 하였다. 2011년 진행한 정신건강증진센터 평가는 개별화된 서비스 계획(Individualized Service Plan : ISP)에 따른 질적인 사례관리를 평가하기 위해 사례담당자를 대상으로 구술평가를 진행하였다(이선영, 2011). 향후 이러한 질적 사례관리를 측정할 수 있는 평가 기준이 확대되어야 할 것이다.

또한 해마다 변경되는 평가지침은 사례관리자의 불만과 혼란을 야기하고 있었다. 이는 부적절한 평가체계나 불명확한 기준, 현장여건을 반영하지 않는 평가방식으로 인해 사례관리자들이 어려움을 경험하고 있다(이영표, 2009)는 보고와 일맥상통한다. 김상곤(2010)은 사례관리 평가가 실적 중심에서 성과 중심으로, 단기 평가에서 장기 평가로, 단일 평가에서 다체계 평가 방향으로 패러다임의 변화가 필요하다고 하였다. 합리적이고 통합적인 평가체계 개발이 이루어지지 않으면 과중한 업무 부담, 서로 다른 평가기준으로 인한 혼란 그리고 현장의 의미 있는 성과가 반영되지 못하는 평가의 형식화를 초래하고 나아가 평가를 위한 도덕적 문제까지 초래할 위험이 있다(이기연, 2011). 이는 평가를 활용한 서열화 현상이 자치구별로 과도한 경쟁을 초래하여 사례관리의 방향성을 잃어버리고 있는 지역사회의 현실을 반영한다고 볼 수 있다.

다음으로 정신질환에 대한 대중의 부정적인 인식이 정신질환에 대한 경계심을 강화하고 정신과 치료에 대한 거부감을 초래하는 주

요 원인으로 지적되었다. 일반인은 정신질환자에 대해 무능하고 위험하고 회복이 불가능하다는 편견을 가지고 있는 것으로 조사되었다(국가인권위원회, 2008). 제4차 국민건강증진종합계획(보건복지부 & 한국건강증진개발원, 2015)은 정신질환에 대한 긍정적인 인식도를 2011년 64.3%에서 2020년 75.0%까지 향상시키고 정신건강인식개선을 위한 공공마케팅 사업지원을 확대하고 정신질환의 인식개선을 위한 범사회적 사회운동을 추진하는 목표를 제시하고 있다.

국가인권위원회(2008)에 의하면, 정신질환자에 대한 대중의 편견을 극복하기 위해서는 공정하고 정확한 대중매체의 보고가 가장 효과적이고 그 다음으로 정신질환자에 대한 과학적인 연구 결과, 편견 극복을 위한 교육과 홍보, 정신질환자의 권리를 보호하는 단체를 만드는 것 등의 순서로 나타났다. 지상파 방송의 정신질환에 대한 뉴스를 분석한 연구에 의하면(조수영 & 김정민, 2010), 지상파 방송 뉴스의 40% 정도가 정신질환으로 인한 범죄와 자살을 다루고 있었고 대부분이 정신병의 치료와 예방에 대해서는 다루지 않았으며 이로 인해 시청자들의 정신질환에 대한 편견이 강화되고 정신질환자의 정신과 치료에 방해가 된다고 하였다. 이를 위해 정부는 방송통신위원회 방송심의에 관한 규정의 준수를 통해 매스미디어가 사회적으로 소외받는 사람들의 인권을 보호하고 부정적이거나 열등한 대상으로 다루지 않도록 관심을 기울여야 할 것이다.

이와 더불어 국가적인 차원에서 정신건강교육을 통해 정신질환에 올바른 정보를 제공하고 정신질환의 성공적인 회복사례를 공익광고로 제작하여 대중에게 알리기 위해 노력해야 한다. 정신질환자의 스티그마를 감소하기 위해서는 정신장애인에게는 정신건강교육 프로그램 제공하고 비장애인에게는 영상자료를 통해 긍정적인 정서를



유발하도록 감화프로그램을 제공하는 것이 효과적이라는 연구(박현경, 2010)는 이를 뒷받침해주는 결과이다. 또한 정부는 인식개선을 위한 공공마케팅 사업을 위해 국립정신건강연구원과 함께 전략을 수립하고 광역정신건강증진센터에 대한 지원을 강화해야 한다.

마지막으로 준비되지 못한 정신보건시스템이 조기정신증 대상자를 위한 지속적이고 통합적인 서비스를 방해하는 요인으로 지적되었다. 국내 조기정신증에 특화된 정신보건시설과 정신의료기관은 거의 전무하였으며 무엇보다 정신건강증진센터와 연계된 조기정신증 환자들을 위한 단기입원 시설이 부재하다. 이는 국내 정신보건시스템은 지역사회 내에서 입원 및 외래기능을 갖추지 못하였고 정신보건기관과 정신의료기관과의 협력체계를 구축하기 위한 제도적인 기반 마련이 필요하다(이명수, 2009b)는 의견과 일치한다. 임정수(2011)에 의하면, 국립정신건강센터는 국가기관으로서 초발정신질환자의 만성화를 예방하기 위해 단기 집중치료를 제공하고 지역 정신건강증진센터와의 환자 의뢰 및 연계체계 구축해야 한다고 하였다. 향후 국립정신건강센터는 지역사회와 연계된 단기입원병동 역할을 감당해 나가야하며 초발 정신질환자의 조기발견을 위한 네트워크를 구축하기 위해 지역사회와 적극적으로 협력해 나가야 한다.

이와 더불어 청소년 사회복귀시설, 접근성을 완화된 청소년 상담시설, 고위험군 평가를 위한 전문센터의 확충이 필요하다는 의견도 제시되었다. 이용표(2009)는 지역사회 자원의 부족과 연계의 어려움으로 인해 사례관리자가 ‘만능’의 역할을 수행하고 있으며, 지역사회에서 실효성 있는 네트워크의 구축이 필요함을 제시하였다. 따라서 정부는 조기정신증 대상자를 위한 정신의료기관과 정신보건시설을 확충하여 지역사회에서 효과적인 네트워크를 구축해 나가야 한다.

이상으로 조기정신증 사례관리 경험을 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 나누어 살펴보았다. 정치 환경의 변화에 따른 제도적 기반이 먼저 이루어지고 사례관리가 도입된 서구와는 달리, 국내의 정신건강증진센터는 사례관리에 대한 인프라와 제도적 기반이 미흡한 상황에서 빠른 양적인 성장을 이루어왔다(우국희 등, 2007). 최근 들어 정신건강증진센터는 광범위한 대상자의 다양한 욕구를 만족시켜야 하는 부담과 함께 유사한 기능을 수행하는 다른 기관들과 경쟁해야 하는 새로운 위기에 노출되어 있다. 정신건강증진센터의 방향성에 대한 우선순위 설문조사 결과(이명수, 2007), 중증정신질환 관리 사업이 비교 우위를 차지하면서 다른 사업의 비중을 점차 늘려나가야 한다고 하였는데 소아청소년, 우울 및 자살 예방, 노인 정신보건의 순서로 우선 적용할 수 있다고 하였다. 또한 정신건강증진센터 정신건강증진 사업의 중요도는 조기발견사업 40.7%, 증진사업 37.3%, 예방사업 22.0% 순으로 나타났으며 실제 사업 수행은 조기발견사업 39.3%, 증진사업 30.7%, 예방사업 30.0% 순으로 나타나 조기발견 사업의 중요성이 강조되고 있다(이명수, 2012b). 청소년의 시기의 조기발견 사업에 중점을 두고 있는 조기정신증 사례관리는 서비스공급 주체가 다원화되면서 정체성의 변화를 겪고 있는 정신건강증진센터가 직면한 위기를 극복할 수 있는 대안이 될 수 있을 것이다.

1997년부터 서울시 정신건강증진센터는 국내에서 처음으로 정신보건전산망(SMHIS)을 구축하여 사업의 표준화를 추진해왔고 2005년에 국내 최초로 광역정신건강증진센터를 개소하여 국내 정신보건사업의 선도적 역할을 해오고 있다. 이런 맥락에서 서울시에서 국내 최초로 조기정신증에 특화된 지역사회기반의 사례관리 프로그램을

개발하여 보급하려는 노력은 의미가 크다고 할 수 있다.

세계 보건기구에 의하면, 정신병적 장애 발생률은 14세에서 29세 1만명 당 10명이라고 한다(이명수, 2015a). 조기정신증 대상자들은 소수이고 당장 눈에 보이는 결과를 만들어 내기 어려운 분야이다. 하지만 처음부터 만성인 정신질환자는 없었고 그들도 회복될 수 있는 결정적 시기를 놓치고 방황하다 만성화되었을 것이다. 지역사회에서 조기정신증 사례관리자들은 수없이 넘어짐을 반복하면서 닳은 길을 걸어가고 있다. 이들이 방황하는 청년들을 위해 의미 있는 발자국을 남길 수 있도록 이제는 구체적인 기반 마련과 실천 전략이 필요한 시기이다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 서울시 정신건강증진센터에서 1년 이상 조기정신증 사례관리를 담당하고 있는 정신보건전문요원 10명을 대상으로 사례관리 활성화 방안을 모색하고 실무적 기초 자료를 마련하기 위해 심층면담을 진행하였다. 면담 질문은 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인으로 분류하여 진행하였고 그 주요 결과는 다음과 같다.

조기정신증 사례관리자는 STEP 실무자 활성화 교육을 통해 처음으로 결정적인 시기의 중요성을 인식하였다. 교육을 받은 사례관리자는 실무에서 STEP 프로그램을 직접 적용하면서 전문적인 역량을 강화하고 대상자와 라포를 형성하기 위해 정상화 기법을 적용하고 있었다. 이와 같은 사례관리자의 노력은 과도한 업무 부담 속에서 소진으로 이어지기도 하였지만, 사례관리자의 열정이 지속되면 대상자의 빠른 회복과 변화를 통해 보람을 느끼고, 나아가 대상자와 함께 사례관리자도 성숙해 나가는 경험을 하였다.

대상자 요인을 살펴보면, 정신과에 대한 편견으로 인해 자녀의 질병을 인정하지 않는 부모가 사례관리의 장애물이 되었고 이로 인해 대상자의 정신과 치료가 지연되고 조기정신증 가족 모임의 유지가 어려웠다. 반면, 집단프로그램 내에서 만난 동료들이 대상자에게 정서적인 지지를 제공하고 회복을 촉진하고 있었다. 또한 대상자의 욕구와 기능수준에 따른 차별적인 사례관리가 요구되었으며, 약물 중단으로 인한 잦은 재발과 높은 자살사고로 인해 정신과적인 위기관리가 중요하였다.

구조적 요인을 살펴보면, 조기정신증에 대한 상임팀장의 관심과

지원이 조기정신증 사업초기에 결정적인 역할을 감당하고 있었다. 아직 서울시 25개소 지역정신건강증진센터에서의 STEP 프로그램의 활용은 미흡한 상황이며, 동일한 수준에서 STEP 프로그램을 진행하기 위해서 사업의 지속성과 체계성이 요구되었다. 한편, 서울시 지역정신건강증진센터는 초발정신질환자를 가장 가까이 접하는 대학병원과의 협력관계에 어려움을 겪고 있었으며, 이를 위해 광역정신건강증진센터는 One Step 프로그램을 활성화하고 정신보건의료기관과 지속적이고 상호협력적인 연계체계를 구축해 나가야 한다.

네트워크 요인으로, 먼저 서울시 광역정신건강증진센터는 전문적인 매뉴얼과 교육과정을 제공하고 있었고 이는 지역사회 실무자의 업무 만족도와 전문성의 향상에 긍정적으로 기여하고 있었다. 또한 서울시 광역정신건강증진센터는 지역사회에서 조기정신증 대상자의 발굴체계를 마련하고 선도적인 협력자로서 지역사회의 사례관리 기반을 마련하기 위해 노력하고 있었다.

마지막으로 정부차원의 네트워크 요인으로서는 직무 환경의 개선을 위한 전담인력과 예산의 지원이 시급하며, 조기정신증 사례관리를 위한 합리적이고 표준화된 평가지침이 요구되었다. 또한 정부는 정신질환에 대한 대중의 부정적인 인식을 개선하고 조기정신증에 특화된 유관시설을 확충하여 조기개입을 위한 연속적이고 통합적인 정신보건시스템을 마련해야 한다. 특히 2016년 새롭게 개소한 국립정신건강센터는 추후 지역사회와 연계된 단기입원 병원의 역할을 감당해 나가기 위해 정신건강증진센터와 협업해 나가야 한다.

본 연구는 서울시 광역정신건강증진센터와 6개소의 서울시 지역 정신건강증진센터에서 근무 중인 10명의 정신보건전문요원을 대상으로 연구를 진행하였으므로 연구의 결과를 일반화하기에는 제한점이 있다. 또한 서울시 25개 정신건강증진센터에서 STEP 프로그램이 적용되고 있는 수준이 각자 다르고 차이가 있다는 것도 연구의 제한점이 될 수 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 서울시 광역정신건강증진센터와 서울시 지역정신건강증진센터의 조기정신증 사례관리 현황을 각각 파악하고 상호 협력 방안을 마련하는 의미가 있었다. 또한 만성정신질환자와 조기정신증 대상자를 위한 사례관리의 차이점을 살펴보고, 지역사회 실무자의 경험을 토대로 STEP 프로그램의 활성화 방안을 모색하였다. 이에 앞으로의 후속 연구에 대해 다음과 같이 제안한다.

첫째, 서울시 외 다른 지역에서 조기정신증 사례관리자의 경험에 대한 추가 연구가 필요하다.

둘째, 지역사회에서 조기정신증에 특화된 인지행동치료 프로그램 대한 실무위주의 보수교육 과정의 개발과 중재 연구가 필요하다.

셋째, 조기정신증 대상자의 가족을 위한 매뉴얼의 개발과 중재 연구가 필요하다.

마지막으로, 정신증의 조기에방을 위해 국가적인 차원에서 국내 DUP에 대한 보다 체계적인 연구가 필요하다.

## 참고 문헌

- 강호선 (2011). 가정폭력 전문상담원의 전문성이 사례관리 역할 수행에 미치는 영향: 사례관리 필요성 인식의 조절 효과. *한국가족복지학*, 16(1), 23-43.
- 광주북구정신건강증진센터 (2016, 8, 20). [www.gjw.or.kr/hemind](http://www.gjw.or.kr/hemind)
- 국가인권위원회(2008). 2008 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사.
- 국립서울병원 & 중앙정신보건사업지원단 (2015). 2015년 국가 정신건강보고서
- 권진숙 & 박지영 (2009). 사례관리의 이론과 실제. 서울: 학지사.
- 권진숙 (2010). 한국 사례관리실천의 혼돈과 대안. *사례관리 연구*, 1(1), 1-22.
- 김모경 (2015). *조기정신증 청소년 부모의 치료경험에 대한 내용분석*(석사학위논문). 부산대학교 대학원, 부산.
- 김민석 (2007). 정신질환 조기개입에 대한 주요외국의 현황. *정신건강정책포럼*, 1, 40-60.
- 김병수 (2013). *지역사회 거주 정신장애인의 사례관리서비스가 재활성화에 미치는 영향: 정신건강 토탈케어서비스를 중심으로*. (석사학위논문). 서울대학교 대학원, 서울.
- 김상곤 (2010). 아동·청소년 복지 분야 사례관리의 현황과 발전 방안. *사례관리연구*, 1(1), 47-80.
- 김상곤 (2013). 민관 협력을 위한 통합사례관리 운영체계 구축 방안. *사례관리연구*, 4(1), 55-87.

- 김성완, 이가영, 유혜영, 박지현, 이용성, 김주완, . . . 윤진상 (2016). 조현병 환자의 인지행동치료 기반 사례관리를 위한 스마트폰 애플리케이션의 개발. *대한조현병학회, 19*, 1-7.
- 김소라 (2014). *청소년기의 조기정신증 회복탄력성과의 관계*(석사학위논문). 전북대학교 대학원, 전주.
- 김종진 (2016). 서울지역 정신건강증진센터 노동실태와 개선방향. 서울의 정신건강증진센터 실태로 본 지역정신건강증진센터의 공공성 강화 과제 토론회 발제문. [http://bogun.nodong.org/xe/index.php?mid=khmwu\\_5\\_4&doc](http://bogun.nodong.org/xe/index.php?mid=khmwu_5_4&doc)
- 김창윤, 홍진표, 최지욱, 홍택유, & 한오수 (1997). 초발정신분열병 환자의 2년 및 5년 치료결과 추적연구. *정신보건, 2*, 78-86.
- 김한영 (2006). *사례관리(Case Management) 촉진저해 요인 평가에 관한 연구: 사례관리담당자의 인식을 중심으로*(석사학위논문). 연세대학교 대학원, 서울.
- 김환영 (2003). *간호사 역할 인지도 연구: 간호사와 환자의 관점 비교를 중심으로*(석사학위논문). 성균관대학교 대학원, 서울.
- 노대영 & 김찬형 (2011). 정신병 위험상태: 관련된 문제와 향후 전망. *대한신경정신의학회지, 18*, 203-209.
- 노인영 (2001). *지역사회 정신보건서비스 제공 전·후 정신장애인의 의료비용, 삶의 질, 가족부담감 비교 연구*(석사학위논문). 경희대학교 대학원, 서울.
- 노혜련, 박화옥, & 유서구 (2011). 강점관점 사례관리 실천과정을 통한 실무자의 변화. *사례관리연구, 21*(1), 67-85.
- 마인드 링크 (2016, 12, 20). <http://test.decodesign.co.kr/?sid=3>
- 민성길, 강홍조, 고경봉, 기선완, 김경희, 김도훈, . . . 조현상 (2006).



- 최신정신의학. 서울: 일조각.
- 민소영 (2006). 만성정신장애인을 위한 사례관리 모형과 수행 구조에 대한 탐색적 연구. *사회복지연구*, 30, 215-242.
- 민소영 (2009). 사례관리 수행요소와 지역거주 정신장애인의 소비자 만족 및 삶의 질 사이의 경로 탐색. *한국사회복지학*, 61(3), 103-127.
- 민은희 (2009). 정신보건영역에 사회서비스의 도입과 적용. 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 및 보수교육 자료집, 13-26.
- 민은희 (2014). 사례관리 수행요소가 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향: 정신건강 토달케어 바우처 기관을 중심으로. *한국콘텐츠 학회 논문지* 14(2), 270-282.
- 박미은 & 박귀서 (1999). 정신질환자를 위한 사례관리에서 자원 활용에 대한 연구. *정신보건과 사회사업*, 8, 79-101.
- 박미은 (2014). 사회복지사를 위한 사례관리. 파주: 양서원.
- 박선철 (2002). 초발정신병 환자의 발병 이후 치료받지 않은 기간과 관련된 임상적 특징 (석사학위논문). 한양대학교 대학원, 서울.
- 박현경 (2010). 정신장애에 대한 스티그마 감소: 실험연구를 통한 교육적 접근과 감화적 접근의 비교(석사학위논문). 서울대학교 대학원, 서울.
- 보건복지부 (2012). 2012년 정신보건사업안내서.
- 보건복지부 & 한국건강증진개발원 (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016-2020.
- 보건복지부 (2016). 2016년 정신보건사업안내서.
- 비상청소년사회복지시설 (2016, 5, 10). <http://www.visang.or.kr/>

- 서울시자살예방센터 (2011). 자살위기개입 핸드북.
- 서울시정신보건사업지원단. (2008). 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환관리 프로토콜.
- 서울청년클리닉 (2016, 4, 5). <http://www.youthclinic.org/>
- 서울특별시 (2013). 2013년 지역사회서비스 투자사업 서울시 정신건강 토탈케어 서비스 매뉴얼.
- 손지현 (2013). *정신장애인의 사례관리 수행요소가 사회적응에 미치는 영향에 대한 경로탐색*(석사학위논문). 카톨릭대학교 대학원, 부천.
- 안석균 (2008). 조기정신증의 예방 및 정신사회적 개입 프로그램 개발. *정신건강정책포럼*, 2(1), 206-222.
- 우국희, 김영숙, & 임효연 (2007). 지역사회복지관에서의 사례관리에 대한 사회복지사들의 주관적 경험과 인식. *사회복지정책*, 30, 287-310.
- 우영섭, 육도현, 서준호, 채영호, 전태연, & 박원명 (2007). 초발정신분열병입원 환자에서 항정신병약물 치료에 따른 2년간 재입원율. *대한정신약물학회지*, 18(2), 86-91.
- 유정민, 안소라, 조유선, & 이명수 (2011). 초발정신질환자를 대상으로 하는 정신질환 미치료 기간에 대한 연구. *정신보건*, 2, 12-16.
- 유진, 용효중, 김건우, 나리지, 이기경, 황태연, . . . 홍진표 (2011). 우리나라 외래치료명령제의 시행과 개선방향. *대한생물치료정신의학회지*, 17(2), 164-175.
- 윤정혜 (2002). *사회복지전담 공무원의 직무성과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*(박사학위논문). 서울여자대학교 대학원. 서

을.

- 이가영, 유혜영, 전민, 윤진상, & 김성완 (2016). 젊은 조현병 환자의 사회복귀를 위한 인지행동치료 기반 집중사례관리 중례. *대한조현병학회*, 19, 1-6.
- 이경희 & 배성우 (2009). 정신장애인을 위한 가족교육 프로그램의 효과에 관한 메타분석. *정신보건과 사회사업*, 32, 321-345.
- 이기연 (2011). 정신보건영역에서의 사례관리사업 평가: 현황 및 전망. *한국사례관리학회*, 3, 69-97.
- 이명수 (2007). *지역정신보건센터의 서비스 우선순위와 표준 업무수행방식에 대한 연구*(석사학위논문). 연세대학교 대학원, 서울.
- 이명수 (2008). 2005-2008년 서울시 정신건강증진센터 사업보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2009a). 2009년 서울시 정신건강증진센터 사업보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2009b). Early psychosis 발견부터 조기개입까지-지역사회 정신보건전문가를 위한 안내서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2012a). 서울시 지역정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2012b). 서울시 지역정신건강증진센터 정신건강사업 실태조사 연구보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2013a). 서울시 지역정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2013b). 2013년 서울시 정신건강증진센터 사업보고서. 서울시정신건강증진센터.

- 이명수, 김진형, 박희윤, 손나운, 안소라, & 조연정 (2013). 지역기반의 초발정신병환자 사례관리 프로그램 효과성 평가에 대한 연구. *대한신경정신의학회지*, 52, 223-230.
- 이명수 & 안소라 (2013). 지역사회 기반의 조기정신증 발견, 평가 및 배치시스템 분석. *대한조현병학회*, 16, 32-37.
- 이명수 (2014a). 2014년 서울시 정신건강증진센터 사업보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2014b). 회복을 향해 한 걸음 더-초발정신질환자를 위한 사례관리 매뉴얼. 수정판. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2015a). 알아차림 빠를수록 더 좋은-조기정신증 지킴이 교육. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2015b). 2015년 서울시정신건강증진센터 사업보고서. 서울시정신건강증진센터.
- 이명수 (2016). Early psychosis 회복을 위한 첫 걸음. 개정증보판. 서울시정신건강증진센터.
- 이선영 (2011). 정신보건영역에서의 사례관리사업 평가: 현황과 전망 토론. 제 4회 한국사례관리학회 추계학술대회, 103-109.
- 이수영, 김경란, 강지인, 김보라, 최수희, 박진영, . . . 안석균 (2010). (고립, 방황, 혼란, 착각 및 낯선 소리에 대한) GRAPE 인지 치료. 서울: 학지사.
- 이용표, 정현주, & 두진영 (2007). 서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 연구. *서울도시연구*, 9(4), 107-130.
- 이용표 (2009). 장애인복지관 종사자의 사례관리에 관한 인식과 실천양상에 관한 질적 연구. *한국장애인재활협회*, 13(2), 79-110.

- 이용표 (2014). 정신보건센터 사례관리와 정신질환자 토탈케어 서비스 간의 연계 체계 형성을 위한 정책과제: 제정관리방식을 중심으로. *한국사회와 행정 연구*, 24(4), 365-384.
- 이유진, 김수인, 연구월 임원정, & 성유미 (2011a). 초발정신증 삽화환자에게 미치료 기간과 인지저하 및 음성증상과의 연관성에 관한 연구. *생물치료정신의학회지*, 17(2), 211-220.
- 이유진, 용효중, 김건우, 나리지, 이기경, 황태연, . . . 홍진표 (2011b). 우리나라 외래치료명령제의 시행과 개선방향. *생물치료정신의학*. 17(2), 164-175.
- 이창호, 강석영, & 이동훈 (2013). 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 III. 한국청소년정책연구원 연구보고서. 1-251.
- 임병우 & 오현주 (2013). 지자체 희망복지지원단에 근무하는 사례관리자의 역할수행 경험에 관한 연구: 근거이론적용. *한국정책연구*, 13(4), 131-148.
- 임정수 (2011). 국립정신병원 기능전환 실행방안 마련 연구 보고서. 인천: 과천의과과학대학교.
- 임혜선, 최진숙, 신영민, & 조경형 (2004). 초발정신분열병환자에서 정신병이 발병한 후 치료 받지 않은 기간이 임상경과에 미치는 영향 후향적 연구. *정신분열병클리닉*, 7, 9-14.
- 장진구 (2013). *조현병 환자의 병식과 약물 수준*(석사학위논문). 연세대학교 대학원, 서울.
- 장홍석 (2010). *국내 정신질환자 장기입원의 구조적 원인과 지속요인* (박사학위논문). 울산대학교 대학원, 울산.
- 전석균 (2009). 정신보건사회복지사의 슈퍼비전이 직무환경과 소진

- 에 미치는 영향에 대한 연구. *정신보건과 사회사업*, 32, 106-134.
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률. 법률 제 14224호, 11조 (2016).
- 정영철 (2008). 결정적 시기의 정신분열병 환자를 위한 정신사회적 중재. 서울: 학지사.
- 조수영 & 김정민 (2010). 정신건강 및 정신질환에 대한 지상과 TV 뉴스분석. *한국언론학보*, 54(5), 181-204.
- 중앙정신보건사업지원단 (2010). 2010년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 중앙정신보건사업지원단 (2014). 2014년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 중앙정신보건사업지원단 (2015). 2015년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 전미애 & 김유경 (2013). 사례관리자의 일 가치와 사례관리 효능감이 사례관리 동기에 미치는 영향. *한국지역사회복지학*, 47, 329-359.
- 전임홍, 이수영, 선자연, 송선미, 백수연, 이희영, . . . 안석균 (2013). 정신증을 이해하고 전문가가 되기 위한 조현인지치료. 서울: 학지사.
- 청년클리닉 FOR YOU (2016. 4. 5). <http://web.yonsei.ac.kr/clinicforyou/index.htm>
- 최숙희 (2010). *지역사회 정신보건서비스의 재활성과에 영향을 미치는 요인*(박사학위논문). 인제대학교 대학원, 김해.
- 최영규 (2009). *지역사회정신보건센터 실무자들의 직무만족에 대한*

- 연구(석사학위논문). 공주대학교 대학원, 공주.
- 하경희 & 김영희 (2012). 정신보건센터에서의 Assertive Community Treatment (ACT)기반 사례관리의 효과성에 대한 연구. *정신간호학회지*, 21(1), 89-98.
- 한국사례관리학회 (2012). 사례관리론. 서울: 학지사.
- 함철호 & 윤원일 (2010). 공동전달체계 내 사회복지직 공무원의 사례관리수행과 영향요인: 전라남도 지역을 중심으로. *한국사회복지학*, 35, 231-262.
- 함철호, 임병우, 김상곤, & 최태자 (2012). 통합사례관리 수행인력 교육프로그램 개발연구. 한국보건복지정보개발원.
- 함철호, 임병우, 김상곤, 최태자, & 박미정 (2013). 희망복지지원단 사례관리자의 역할수행 경험에 관한 연구: 근거이론 적용. *한국사례관리학회*, 4(1), 89-109.
- 허은희 (2013). *정신간호사의 지역사회정신보건 서비스 연계 필요성 인식과 경험*(석사학위논문). 부산대학교 대학원, 부산.
- 홍현숙, 송진희, & 김진학 (2006). 조기정신질환의 효과적인 관리방안. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서.
- 황성동 (2008). 정신보건사례관리의 실천현황 및 실천모형 개발에 대한 연구 : 지역사회정신보건센터를 중심으로. *정신보건과 사회사업*, 30, 30-54.
- Álvarez-jiménez, M. A., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G. Killackey, E., . . . McGorry, P. D. (2012). Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first episode psychosis over 7.5 years. *Psychological*

*Medicine*, 42(3), 595-606.

Anthony, W. A., Forbess, R., & Cohen, M. R. (1993). Rehabilitation Oriented Case Management. In Harris, M. & Bergman, H. Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice. Switzerland: Harwood Academic Publishers, 99-118.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M., & Cohen, B. F. (2000). Clinical Care Update: The Chronically Mentally Ill. Case Management-more than a Response to a Dysfunctional system. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 97-106.

Björkman, T., Hansson, L., & Sandlund, M. (2002). Outcomes of case management on the strengths model compared to standard care: A randomized controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 147-152.

Brichwood, M. (2000). Early Intervention and sustaining the management of vulnerability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(suppl), 181-184.

Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 502-508.

Bond, G. R., Drake, R. E., Musser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9,



141-159.

- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout : Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills: Sage Publications, Inc.
- Commonwealth of Australia (2000). *National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000*.
- Deitchman, W. S. (1980). How Case Managers Dose It Take in a Light Bulb?. *Hospital and community psychiatry*, 31, 788-789.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, application and issues. *Health Care Women Int*, 13(3), 313-321.
- Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S., & Lewis, S. W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 177, 511-515.
- Edwards, J. & McGorry, P. D. (2002). *Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services*. England: Martin Dunitz.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches..* CA: Jossey-Bass Publishers.
- Intaliata, J. & Baker, F. (1983). Factors Affecting Case Management Services for the Chronically Mentally Ill. *Administration in Mental Health*. 11, 75-91.

- Kessler, R. C., Agermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., & Gasquet, I. (2007). Lifetime prevalence and age-of onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Kim, K. R., Lee, S. Y., Kang, J. I., Kim, B. R., Choi, S. H., Park, J. Y., . . . Kwon, J. S. (2011). Clinical efficacy of individual cognitive therapy in reducing psychiatric symptoms in people at ultra-high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 174-178.
- Krippendorff, K. (2004). Content analysis: An introduction to its methodology(2nd ed.). Beverly Hills: Sage Publications, Inc.
- Landers, G. M. & Zhou, M. (2011). An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*, 47, 106-112.
- Lappin, J. M., Dazzan, P., Morgan, K., Morgan, C., Chitnis, X., Suckling, J., . . . McGuire, R. K. (2007). Duration of prodromal phase and severity of volumetric abnormalities in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 51(suppl), 123-127.
- Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Alvir, J., Loebel, A., Szymanski, S., . . . Borenstein, M. (1993). Time course

and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 50. 369-376.

Lieberman, J. A., Ma Alvir, J., Koreen, A., Geisler, S., Chakos, M., Sheitman, B. . . . Woerner, M. (1996). Psychobiologic Correlates of Treatment Response in Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14(3), 13S-21S.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry. CA: Sage Publications, Inc.

McFarlane, W. R., Cook, W. L., Downing, D., Verdi, M. B., Woodberry, K. A., & Ruff, A. (2010). Portland Identification and Early Referral: A Community-Based System for Identifying and Treating Youths at High Risk of Psychosis. *Psychiatric services*, 61(5), 512-515.

Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., . . . Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 291-297.

Moxley, D. P. (1989). The Practice of Case Management. CA: Sage Publications, Inc.

Muser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of Community care for Service Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Psychiatric*

*Bulletin, 24, 37-74.*

Norman, R. M. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis; a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine, 31*(3), 381-400.

Norman, R. M., Townsend, L., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *The British Journal of Psychiatry. 179*, 340-345.

Penttilä, M., Jaaskelainen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettinen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long term outcome in schizophrenia: systematic review and meta analysis. *British Journal of Psychiatry, 205*, 84-94.

Pepper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services, *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry. 162*(10), 1785-1804.

Rapp, Charles, A. (1998). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. *Community Mental Journal, 34*(4), 363-380.

Rapp, C. A., & Sullivan, W. (2002). The Strengths Perspective in

- Social work: Environment Context Opportunity and the Process. New York: Longman.
- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H. & Woods S. W. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Early Psychosis: A Comprehensive Review of Individual vs. Group Treatment Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357-383.
- Saleebey, D. (1997). The Strength Perspective in Social Work Practice(Second Edition). New York.: Longman.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Schwartz, R. C. (2001). Self-Awareness in schizophrenia : Its Relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189(6), 401-403.
- SEMIS (2016, 10, 30). <http://semis.blutouch.net/>
- Shern, D. L., Surles, R. C., & Waizer, J. (1989). Designing Community Treatment Systems for the Most Seriously Mentally III: A State Administrative Perspective. *Journal of Social Issues*. 45, 105-117.
- Solomon, L.P. (2004). Case Management for Adults with Severe Mental illness: Implication for Elder Case. 경성대학교 사회 복지학과 20주년 초친강연 발표문.
- Stanard, R. P. (1999). The effect of training in a Strengths Model of case management on client outcomes in a community

- mental health center. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 169-179.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). Basic of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. CA: Sage Publications Inc.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980) An Alternative to Mental Health Treatment I: Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Surles, R. C., Blanch, A. K., Shern, D. L., & Donahue, S. A. (1992). Case Management as a Strategy for Systems Change. *Health Affairs*, 11, 15-163.
- Swaran, P.S., & Helen, L.F. (2005). Early Intervention in Psychosis: Obstacles and opportunities Advances in Psychiatric Treatment, *The Royal College of Psychiatrists*, 11(1), 71-78.
- Thornicroft, G. (1991). The Concept of Case Management for Long-term Mental Illness. *Internal Review of Psychiatry*, 3, 125-132.
- Thompson, K. S., Griffith, E. H. & Leaf, P. J. (1990). A Historical Review of the Madison Model of Community Care. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 625-634.
- Whiteford, H., Buckingham, B., & Manderscheid, R. (2002). Australia's national mental health strategy. *British journal of psychiatry*, 80, 201-215.

Woods, S. W., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Heinssen, R., . . . Walker, E. F. (2009). Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull.* 35, 894-908.

<부록 1>

## 동 의 서

1. 나는 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나에 대한 정보를 현행 법률과 생명윤리심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건 당국, 학교 당국 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나는 이 연구의 면담 내용이 녹음기로 녹음되고 면담 내용이 필사되는 것에 대해 동의합니다.



<부록 2>

## 연구 참여자의 일반적·직무관련 특성

일반적 특성 및 직무관련특성에 관한 내용입니다. 각 문항에 해당란에 V표 하거나 구체적으로 기록해 주십시오.

1. 귀하의 연령은 ? 만\_\_\_\_\_세
2. 귀하의 성별은 ? (1) 남        (2) 여
3. 최종학력은?  
(1) 전문대(3년제) 졸업    (2) 대학교(4년제) 졸업    (3) 석사과정 졸업  
(4) 박사과정 졸업 (5) 기타 \_\_\_\_\_
4. 귀하의 직종은?  
(1) 정신보건간호사    (2) 정신보건사회복지사    (3) 정신보건임상심리사
5. 귀하의 조기정신증 사례관리 기간은? \_\_\_\_\_개월
6. 근무지의 조기정신증 사업 기간은? \_\_\_\_\_개월
7. 근무지의 조기정신증 담당 인력과 진행 중인 관련 사업은?  
\_\_\_\_\_명 (담당 인력)  
\_\_\_\_\_(관련 사업)

# Abstract

## Experiences of community-based case management for early psychosis

Soyoun Shin

Department of Nursing

Seoul National University

Directed by Professor Heeseung Choi, PhD., RN.

Interest in the early detection and treatment of psychosis is growing worldwide. In 2011, the Seoul Metropolitan Mental Health Promotion Center developed a community-based Special Treatment for Early Psychosis Program (STEP program), but the research on early psychosis in Korea is still insufficient. The purpose of this study was to establish practical basic data on early psychosis subjects in communities and to find ways to activate case management by analyzing the experiences of case managers who apply the STEP program, using the qualitative content analysis method.

This study was conducted from July 2016 to October 2016 on 10 mental health specialists who were in charge of the

management of early psychosis cases in the Seoul Mental Health Promotion Center for over one year. The interview questions were divided into case manager factors, subject factors, structural factors, and network factors that affect the management of early psychosis cases. The interviews were recorded and transcribed after receiving consent from the study participants.

The main results of this study were as follows:

The case managers recognized the importance of critical period through the training of STEP practitioners and they were developing expertise by applying the STEP program on the job. In addition, the case managers were applying normalization techniques to build a rapport with their early psychotic subjects. When such efforts of case managers led to passion rather than to exhaustion, the case managers felt rewarded through the rapid recovery of the subjects, and eventually, the case managers experienced growth.

Among the subject factors, parents who did not acknowledge their child's illness were obstacles, while colleagues in the program provided emotional support and acted as model for recovery. In addition, differentiated case management was required according to the desire and function level of the subjects, and frequent recurrences due to drug withdrawal and high occurrence of suicide incidents often resulted in psychiatric crises.

As for the structural factors, the team leader's interest and support played a positive role. On the other hand, the Seoul Mental Health Promotion Center was experiencing difficulties in cooperation with mental health institutions, and the lack of continuity and systematization of early psychosis services in communities was pointed out as the limitation.

As for network factors, the Seoul Metropolitan Mental Health Promotion Center was trying to provide professional manuals and training to strengthen the case managers' capacity and to establish the foundation of case management in communities. At the government level, efforts to improve the poor job environment of case managers and the public perception of mental illness, and to establish an integrated mental health system were needed.

This study examined the experience of the early psychosis case managers in communities through four categories of factors and provided an understanding of each factor. The findings of this study will serve as a basis for implementing the STEP program in communities and providing effective case management for early psychosis subjects.

**Keywords:** Early psychosis, Case management, Communities

***Student number:*** 2012-20432